

# Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer

- en kartleggingsstudie med fokus på mestring og utfordringer

## ***Psychomotor physiotherapy for teenagers***

- *a survey study with a focus on coping and the challenges*

**Bjørn Erik Opaas**



Høgskolen i **Hedmark**

Avdeling for folkehelsefag  
Master i psykisk helsearbeid (MMHC)  
Mastergradsoppgave

**HØGSKOLEN I HEDMARK**

2012

## Forord

I denne masteroppgaven i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark, ønsket jeg å se nærmere på psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Bakgrunnen for at jeg ønsket å forske på denne pasientgruppen, var at jeg hadde en antakelse om at det er forholdsvis uvanlig med psykomotorisk fysioterapi til tenåringer, og at det er et felt det er forsket lite på og skrevet lite om. Tenåringer er en pasientgruppe jeg selv har liten erfaring i å arbeide med, men som jeg er interessert i å lære mer om. Spesielt synes jeg det virker spennende og viktig å arbeide for at unge mennesker skal kunne oppleve mestring av livet sitt. Målgruppen for prosjektet er først og fremst psykomotoriske fysioterapeuter. Jeg håper forøvrig at også andre som arbeider med tenåringer innen psykisk helsearbeid, samt tenåringer selv, kan dra nytte av resultatene i denne studien.

Det er mange som har bidratt til dette forskningsprosjektet. Først vil jeg takke min veileder Kari Kvaal, førsteamanuensis, dr. philos, for utmerket hjelp gjennom hele forskningsprosessen. Jeg vil også takke andre lærere og medstudenter ved Høgskolen i Hedmark for å ha delt av sin kunnskap. Viktige bidragsytere i arbeidet med å utforme spørreskjemaet var Alette Ottesen, Kari Nysveen, Berit H. Bunkan og Kirsten Ekerholt. En stor takk til dere alle for god hjelp, interesse, konstruktiv kritikk, inspirasjon og oppmuntring. Carole Anderton har gitt gode råd vedrørende den engelske oversettelsen. Jeg vil også takke Norsk Fysioterapeutforbunds Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter for økonomisk støtte.

Det er flere som har hatt stor tålmodighet med meg i studietiden. Jeg vil takke venner, pasienter og kollegaer for dette. Familien min fortjener en stor takk for sin tålmodighet, støtte og varme. En helt spesiell takk vil jeg gi min lille skatt Nora Eline for å ha gitt meg ekstra motivasjon til å fullføre dette forskningsprosjektet.

Hamar, januar 2012.

## Sammendrag

**Hensikt:** Studiens hensikt var å bidra til økt kunnskap om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Forskningsspørsmålene var:

1. Hvor utbredt er det blant psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide med tenåringer?
2. Hva kjennetegner psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider med tenåringer?
3. Hva er de vanligste grunnene til at tenåringer går til psykomotorisk fysioterapi?
4. Kan psykomotorisk fysioterapi bidra til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv?
5. Hvilke utfordringer har psykomotorisk fysioterapi når det gjelder arbeid med tenåringer?

**Metode:** Det ble brukt et semistrukturert spørreskjema som ble sendt ut elektronisk til 398 psykomotoriske fysioterapeuter. Det kom inn 184 svar (svarprosent: 46). 86,3 % av respondentene var kvinner. Resultatene ble analysert ved bruk av statistikkprogrammet SPSS (19.0) og systematisk tekstkondensering. Dette var en tverrsnittstudie for år 2010.

**Resultater:** Seks av ti respondenter arbeidet med tenåringer, med gjennomsnittlig syv tenåringspasienter hver. Flere kvinner (84,8 %) enn menn (15,2 %) arbeidet med tenåringer, men det var en noe større prosentandel blant menn (64 %) enn blant kvinner (60,1 %), som arbeidet med tenåringer. Gjennomsnittsalderen var høyere blant de som arbeidet med tenåringer enn blant de som ikke gjorde det. Videre viste resultatene at jo eldre respondentene var, jo oftere arbeidet de med tenåringer. For eksempel arbeidet 68,3 % av de i alderen 60-69 år med tenåringer, mens 50 % av de i alderen 30-39 år gjorde det. Det var omtrent like mange med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi etter ny og gammel ordning som arbeidet med tenåringer. Innenfor hver av disse gruppene arbeidet statistisk signifikant flere blant de med videreutdanning etter gammel ordning (70,7 %) enn etter ny ordning (53,6 %), med tenåringer. 43,8 % av alle respondentene som arbeidet med tenåringer, hadde 0-9 års arbeidserfaring. Men resultatene viste at jo lengre arbeidserfaring de hadde, jo større prosentandel blant dem arbeidet med tenåringer. For eksempel arbeidet 76,9 % av de med 30-39 års arbeidserfaring med tenåringer, mens 54,8 % av de med 0-9 års arbeidserfaring gjorde det. Det var en liten overvekt av spesialister i psykomotorisk fysioterapi som arbeidet med tenåringer sammenlignet med de som ikke var spesialister, men

omtrent like mange prosent innenfor hver av disse gruppene arbeidet med tenåringer. De vanligste grunnene til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi var; hodepine, muskel- og skjelettplager, angst, uspesifiserte kroppslige symptomer, depresjon, utmattelse, anspenthet/spenninger, spiseforstyrrelser, pusteproblemer, uro, ADHD og stress. Resultatene viste at psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv ved å: (1) ha en nær arbeidsallianse over tid med tenåringer; (2) møte tenåringer med anerkjennelse og bekreftelse; (3) ha en kroppslig tilnærming til tenåringenes plager; (4) gi tenåringer økt forståelse av sine plager; (5) gjøre tenåringer tryggere på sine egne grenser; (6) gi tenåringer større kroppslig trygghet; og (7) gi de økt selvtillit og økt mestring i sosiale sammenhenger. Respondentene hadde følgende tanker om hvilke utfordringer psykomotorisk fysioterapi har når det gjelder arbeid med tenåringer: (1) lite modenhet og refleksjonsevne hos tenåringer; (2) høy drop-out fra behandlingstimer; (3) alliansebygging (å etablere tillit, å ha tålmodighet og å ”treffe” tenåringer); (4) å ha en forsiktig nok tilnærming til kroppen; (5) å fokusere på mestring istedenfor å sykeliggjøre pasienten; (6) å samarbeide med foreldrene til tenåringene; (7) å tilpasse metoden til tenåringer; og (8) at psykomotorisk fysioterapi er et lite kjent behandlingstilbud blant potensielle samarbeidspartnere.

**Konklusjon:** Psykomotorisk fysioterapi til tenåringer er relativt lite utbredt. Det som kjennetegner de som arbeider mest med tenåringer (sett i forhold til antallet psykomotoriske fysioterapeuter) er: høy alder, lang arbeidserfaring og videreutdanning etter gammel ordning. Menn arbeider relativt sett noe mer med tenåringer enn kvinner. Tenåringer går til psykomotorisk fysioterapi på grunn av både kroppslige og psykiske plager. Psykomotorisk fysioterapi kan på mange måter bidra til at tenåringer kan mestre livet sitt bedre, og er relevant innen psykisk helsearbeid. Psykomotorisk fysioterapi har også flere utfordringer når det gjelder arbeid med tenåringer.

**Nøkkelord:** Psykomotorisk fysioterapi, psykisk helsearbeid, tenåringer, psykiske lidelser, salutogenese, opplevelse av sammenheng, mestring.

## Abstract

**Aim:** The study's purpose was to contribute to increased knowledge of psychomotor physiotherapy for teenagers. Research questions were:

1. How widespread is it among psychomotor physiotherapists to work with teenagers?
2. What characterizes the psychomotor physiotherapists who work with teenagers?
3. What is the most common reasons that teenagers go to psychomotor physiotherapy?
4. Can psychomotor physiotherapy contribute to help teenagers to cope with their own lives?
5. What challenges does psychomotor physiotherapy have when it comes to working with teenagers?

**Method:** It was used a semi-structured questionnaire that was sent out electronically to 398 psychomotor therapists. There were 184 responses (response rate: 46). 86.3 % of the respondents were women. The results were analyzed using the statistical program SPSS (19.0) and systematic text condensation. This was a cross section study for year 2010.

**Results:** Six out of ten respondents worked with teenagers, with an average of seven adolescent patients each. More women (84.8 %) than men (15.2 %) worked with teenagers, but it was a slightly greater percentage of men (64 %) than among women (60.1 %), working with teenagers. The average age was higher among those who worked with teenagers than among those who did not. Furthermore, the results showed that the older the respondents were, the more often they worked with teenagers. For example, 68.3 % of those aged 60-69 years worked with teenagers, while 50 % of those aged 30-39 years worked with teenagers. It was about the same number of further education in psychomotor physiotherapy for the new and old scheme, working with teenagers. Within each of these groups, statistically there were significantly more among those with further education under the old scheme (70.7 %) than under the new scheme (53.6 %), working with teenagers. 43.8 % of all respondents who worked with teenagers, had 0-9 years of work experience. But the results showed that the longer the work experience they had, the greater the percentage of those working with teenagers. For example, 76.9 % of those with 30-39 years of work experience worked with teenagers, while 54.8 % of those with 0-9 years of work experience worked with teenagers.

There was a slight preponderance of specialists in psychomotor physiotherapy working with teenagers compared with those who were not specialists, but about the same percentage in each of these groups work with teenagers. The most common reasons that teenagers went to psychomotor physiotherapy were: headache, musculoskeletal disorders, anxiety, unspecified bodily symptoms, depression, fatigue, tension, eating disorders, breathing problems, unrest, ADHD and stress. The results showed that psychomotor physiotherapy can contribute to help teenagers to cope with their own lives by: (1) Having a close working alliance over time with teenagers; (2) Meeting the teenagers with recognition and verification; (3) Having a bodily approach to the teenagers' ailments; (4) Giving teenagers a better understanding of their problems; (5) Making teenagers safer on their own borders; (6) Giving teenagers greater bodily security; and (7) Giving the teenagers increased self-confidence and increased ability to cope in social situations. The respondents had the following thoughts about the challenges psychomotor physiotherapy have when it comes to working with teenagers: (1) Little maturity and ability to reflect among teenagers; (2) High drop-out from the sessions; (3) Alliance-building (to establish confidence, to have patience and to "meet" teenagers); (4) To have a careful enough approach to the body; (5) To focus on coping rather than concentrating on their disability; (6) To collaborate with the teenagers' parents; (7) To adapt the method to teenagers; and (8) That psychomotor physiotherapy is a little known treatment among potential partners.

**Conclusion:** Psychomotor physiotherapy for teenagers has relatively low extensiveness. The characteristics of those who work mostly with teenagers (relative to the number of psychomotor physiotherapists) are: advanced age, long work experience and further education under the old scheme. Men work in relative terms more with teenagers than women do. Teenagers go to psychomotor physiotherapy because of both physical and mental ailments. Psychomotor physiotherapy can in many ways contribute to the teenagers' ability to cope with their own lives, and it is relevant in mental health care. Psychomotor physiotherapy also has several challenges when it comes to working with teenagers.

**Key words:** Psychomotor physiotherapy, mental health care, teenagers, mental disorders, salutogenesis, sense of coherence, coping.

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD .....</b>	<b>2</b>
<b>SAMMENDRAG .....</b>	<b>3</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>5</b>
<b>1. INNLEDNING .....</b>	<b>11</b>
1.1 PRESENTASJON AV OPPGAVEN .....	11
1.1.1 Hensikt og forskningsspørsmål .....	11
1.1.2 Valg av tema .....	11
1.1.3 Oppgavens oppbygning .....	12
1.2 BEGREPSAVKLARINGER .....	13
1.3 PMF INNEN PSYKISK HELSEARBEID .....	15
<b>2. TEORIKAPITTEL .....</b>	<b>17</b>
2.1 TIDLIGERE FORSKNING .....	17
2.2 PSYKISKE LIDELSER HOS BARN OG UNGE .....	17
2.2.1 Utbredelse .....	17
2.2.2 Ungdomsalderen .....	18
2.2.3 Ulike typer psykiske lidelser .....	18
Emosjonelle lidelser .....	18
Atferdsforstyrrelser .....	19
Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser .....	20
Spiseforstyrrelser .....	20
Psykososer .....	21
2.2.4 Psykosomatiske lidelser .....	22
2.3 UTVIKLING AV PSYKISKE LIDELSER .....	22
2.3.1 Arv og miljø .....	22
2.3.2 Risikofaktorer .....	23
2.3.3 Beskyttende faktorer .....	23
Mestring .....	24
Salutogenese .....	24
<b>3. METODEKAPITTEL .....</b>	<b>27</b>
3.1 FORSKNINGSDESIGN .....	27

3.1.1	<i>Vitenskapsteoretiske perspektiver</i>	27
3.1.2	<i>Kvantitativ og kvalitativ forskning</i>	28
3.1.3	<i>Valg av design</i>	29
3.1.4	<i>Spørreskjema</i>	30
	Om spørreskjema som metode	30
	Utarbeidelse av spørreskjema	31
	Elektronisk spørreskjema (webskjema)	32
3.2	UTVALGSSTRATEGI	34
3.2.1	<i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i>	34
3.2.2	<i>Svarprosent</i>	35
3.3	ANALYSE	35
3.3.1	<i>Kvantitativ analyse</i>	35
3.3.2	<i>Kvalitativ analyse</i>	35
3.4	DATAKVALITET	36
3.4.1	<i>Validitet</i>	36
3.4.2	<i>Reliabilitet</i>	37
3.4.3	<i>Generaliserbarhet</i>	38
3.5	METODISK REFLEKSJON	39
3.5.1	<i>Svakheter ved spørreskjemaer</i>	39
3.5.2	<i>Svakheter ved webskjemaer</i>	40
3.5.3	<i>Forskerens rolle</i>	40
3.6	FORSKNINGSETIKK	41
3.6.1	<i>Grunnleggende forskningsetiske prinsipper</i>	41
3.6.2	<i>NSD</i>	42
<b>4.</b>	<b>RESULTATER</b>	<b>43</b>
4.1	PRESENTASJON AV UTVALGET	43
4.1.1	<i>Kjønn</i>	43
4.1.2	<i>Alder</i>	44
4.1.3	<i>Arbeidserfaring</i>	44
4.1.4	<i>Videreutdanning</i>	45
	Ny eller gammel ordning	45
4.1.5	<i>Spesialistkompetanse</i>	45
4.2	UTBREDELSE AV PMF TIL TENÅRINGER	46
4.2.1	<i>Antall pasienter totalt</i>	46
4.2.2	<i>Antall tenåringer</i>	46
4.3	DE VANLIGSTE GRUNNENE TIL AT TENÅRINGER GÅR TIL PMF	48



4.4	KAN PMF BIDRA TIL Å HJELPE TENÅRINGER TIL Å MESTRE SITT EGET LIV? .....	49
4.4.1	<i>Relasjonens betydning</i> .....	49
	Nær allianse .....	49
	Anerkjennelse og bekreftelse .....	50
4.4.2	<i>Kroppslig tilnærming</i> .....	50
4.4.3	<i>Forståelse av sine plager</i> .....	51
4.4.4	<i>Grensesetting</i> .....	52
4.4.5	<i>Tenåringer blir tryggere på seg selv</i> .....	53
	Kroppslig trygghet .....	53
	Økt selvtillit og sosial mestring .....	55
4.5	HVILKE UTFORDRINGER HAR PMF NÅR DET GJELDER ARBEID MED TENÅRINGER? .....	56
4.5.1	<i>Tenårene</i> .....	56
	Modenhet .....	56
	Sårbar alder .....	57
	Høy drop-out .....	57
4.5.2	<i>Alliansebygging</i> .....	58
	Etablere tillit .....	58
	Ha tålmodighet .....	59
	Å "treffe" tenåringer .....	59
4.5.3	<i>Forsiktig tilnærming til kroppen</i> .....	60
	Kropp og grenser .....	60
	Avkledning og berøring .....	60
4.5.4	<i>Fokusere på mestring</i> .....	61
4.5.5	<i>Familien til tenåringen</i> .....	62
	Foreldrene .....	62
	Dysfunksjonelle familier .....	62
4.5.6	<i>Utfordringer for PMF som metode</i> .....	63
	Metoden må tilpasses pasienten .....	63
	Tenke kreativt .....	64
4.5.7	<i>PMF er et lite kjent behandlingstilbud</i> .....	64
	Lite tverrfaglig samarbeid .....	64
	Bli synlige .....	65
5.	<b>DISKUSJON</b> .....	66
6.	<b>KONKLUSJON</b> .....	76
	<b>REFERANSELISTE</b> .....	80
7.	<b>VEDLEGG</b> .....	I
7.1	<b>VEDLEGG 1: INFORMASJONSSKRIV</b> .....	I

7.2	VEDLEGG 2: SPØRRESKJEMA .....	I
-----	-------------------------------	---

Antall ord i oppgaven: 22 121

## Tabell- og figurliste

<b>TABELL I.</b> Kjønnfordelingen blant respondentene. ....	43
<b>TABELL II.</b> Alderen på respondentene med spredningsmål.....	44
<b>TABELL III.</b> Respondentenes arbeidserfaring.....	44
<b>TABELL IV.</b> Videreutdanning etter ny eller gammel ordning .....	45
<b>TABELL V.</b> Spesialist i psykomotorisk fysioterapi eller ikke. ....	45
<b>TABELL VI.</b> Antall pasienter i alle aldre i undersøkelse og/eller behandling i 2010.....	46
<b>TABELL VII.</b> Antall tenåringer i undersøkelse og/eller behandling i 2010. ....	46
<b>TABELL VIII.</b> De sentrale verdiene i forhold til antall tenåringer. ....	46
<b>TABELL IX.</b> Forskjeller i hvorvidt respondentene arbeidet med tenåringer eller ikke sett i forhold til kjønn, spesialist eller ikke spesialist, ny eller gammel videreutdanning, alder og arbeidserfaring. ....	47
<b>FIGUR I.</b> De vanligste grunnene til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi i 2010. ....	48

# 1. Innledning

## 1.1 Presentasjon av oppgaven

### 1.1.1 Hensikt og forskningsspørsmål

Hensikten med studien var å bidra til økt kunnskap om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Mine forskningsspørsmål var som følger:

1. Hvor utbredt er det blant psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide med tenåringer?
2. Hva kjennetegner psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider med tenåringer?
3. Hva er de vanligste grunnene til at tenåringer går til psykomotorisk fysioterapi?
4. Kan psykomotorisk fysioterapi bidra til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv?
5. Hvilke utfordringer har psykomotorisk fysioterapi når det gjelder arbeid med tenåringer?

### 1.1.2 Valg av tema

Psykiske (og fysiske) lidelser er et stort helseproblem hos tenåringer i dag. Forebygging og behandling av psykiske lidelser for denne aldersgruppen har de siste årene vært et satsingsområde for offentlige myndigheter, jfr. *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63, 1997-98) og *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse* (Helsedepartementet & Sosial- og helsedirektoratet, 2003). Ofte vil mange psykiske plager oppstå i ung alder, og de har en tendens til å vedvare ut i voksenlivet, noe som kan resultere i betydelig nedsatt funksjonsevne, redusert livskvalitet og store lidelser på mange livsområder. For eksempel viser tall fra Nav at halvparten av unge voksne mellom 25 og 39 år som fikk innvilget en uføreytelse i perioden 1977-2006, hadde en psykisk lidelse (Brage & Thune, 2009). Også for pårørende vil det kunne medføre store belastninger. Å få mer kunnskap om hvordan man kan hjelpe unge mennesker, kan gi mange av disse menneskene en bedre hverdag og spare de for langvarige lidelser, og dette igjen kan også ha en god

samfunnsøkonomisk effekt. Ett av mine forskningsspørsmål omhandlet derfor hvordan psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv.

Ut fra hva jeg har lest og hørt, er det få fysioterapeuter som arbeider med barn og unge med psykiske vansker i Norge. Men jeg har kjennskap til noen få psykomotoriske fysioterapeuter som gjør det. Jeg ønsket i denne studien derfor å kartlegge hvor utbredt det er blant psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide med tenåringer, og hva som kjennetegner de som arbeider med tenåringer sammenlignet med de som ikke gjør det. Videre ønsket jeg å kartlegge hva som er de vanligste grunnene til at tenåringer går til psykomotorisk fysioterapi.

Alle behandlingsmetoder og behandlingsformer trenger å utvikle seg gjennom både erfaring og vitenskapelig forskning. Derfor var jeg også interessert i å få et innblikk i de psykomotoriske fysioterapeutenes tanker om hvilke utfordringer psykomotorisk fysioterapi har når det gjelder arbeid med tenåringer.

Det finnes fra før lite forskning om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Jeg mener derfor at anvendt forskning er nødvendig, og mitt ønske er derfor at denne studien kan bidra til økt kunnskap om dette temaet.

### **1.1.3 Oppgavens oppbygning**

Videre i innledningskapittelet vil jeg forklare sentrale begreper som jeg bruker i oppgaven, og begrunne psykomotorisk fysioterapi sin plass innen psykisk helsearbeid. I teorikapittelet vil jeg presentere det jeg har funnet om tidligere forskning om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Deretter vil jeg presentere tall om forekomst av og fakta om psykiske lidelser hos barn og unge. Her har jeg hovedsakelig støttet meg til læreboken ”Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge” som er utgitt av Folkehelseinstituttet. Dette har jeg valgt å gjøre fordi denne boken inneholder en oppdatert og systematisk gjennomgang av forskningslitteraturen hvor norsk forskning er prioritert. Tilslutt i teorikapittelet vil jeg presentere risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske plager og lidelser, samt teori om mestring av eget liv.

I kapittel 3 vil jeg presentere forskningsdesignet og metoden jeg har brukt i denne studien. For å samle inn data har jeg brukt elektronisk spørreskjema som jeg har sendt ut til 398

psykomotoriske fysioterapeuter. Resultatene fra spørreundersøkelsen vil jeg så presentere i kapittel 4, og i kapittel 5 vil jeg diskutere disse resultatene opp mot teorien. I forskningsspørsmålet som omhandler tenårings mestrings av eget liv, har jeg diskutert svarene fra spørreundersøkelsen opp mot Antonovskys teori om *opplevelse av sammenheng* (OAS). I kapittel 6 kommer konklusjonen på studien, med konsekvenser for praksis, implikasjoner for psykisk helsearbeid og forslag til videre forskning om temaet. Jeg har lagt ved informasjonsskrivet og spørreskjemaet helt tilslutt i oppgaven. Det var noen spørsmål i spørreskjemaet som jeg ikke har analysert og diskutert i denne studien. Data fra disse spørsmålene håper jeg vil bli brukt i senere forskningsstudier.

Det er ofte nødvendig å kjenne til patogenesen bak utviklingen av plager og lidelser. I denne studien har jeg imidlertid valgt å ikke fokusere på hvorfor sykdom og plager har oppstått. Jeg ønsket heller å fokusere på mestrings og hva som kan fremme helsen til tenåringer (salutogenese). Dette er også sentralt innen både psykisk helsearbeid og psykomotorisk fysioterapi. Mestrings har jeg valgt å ikke definere på en bestemt måte, så mestringsbegrepet brukes i denne studien i vid betydning.

## 1.2 Begrepsavklaringer

**Tenåringer** er mennesker fra og med 13 år til og med 19 år. Jeg valgte å avgrense studien til å gjelde tenåringer fordi tenåringer er en klart definerbar aldersgruppe i motsetning til *ungdom* eller *unge* som aldersmessig kan defineres mer fritt.

**Psykiske plager**, eller psykiske vansker, er plager som gir så høy symptombelastning at det går ut over trivsel, læring, daglige gjøremål og samvær med andre, men ikke er så alvorlige at de kan klassifiseres som diagnoser (Mathiesen, Karevold, & Knudsen, 2009). Eksempler her er lettere former for angst og depresjon, alkoholmisbruk og enkle fobier.

**Psykiske lidelser** er mer alvorlig symptombelastning som klassifiserer for at det kan stilles en diagnose, for eksempel alvorlig depresjon, generalisert angstlidelse, anoreksi, ADHD og psykose (ibid.).

**Psykisk helse:** Verdens Helseorganisasjon (WHO) sin definisjon på psykisk helse:

Mental health is a state of well-being in which an individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and is able to make a contribution to his or her community (World Health Organization [WHO], 2010, faktaark).

**Psykisk helsearbeid:** Studieplanen for Master i psykisk helsearbeid beskriver psykisk helsearbeid som:

En relasjonsbyggende virksomhet som er rettet mot å fremme helse og redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og lidelse i befolkningen. Det er et tverrfaglig arbeid som foregår både på individ-, gruppe- og lokalsamfunnsnivå. Kunnskapsgrunnlaget er flerfaglig og tverrfaglig med fokus på faktorer og prosesser som henholdsvis fremmer og hemmer menneskers opplevelse av helse og sosial tilhørighet for individer og grupper, hvilke tiltak som lindrer lidelse og motvirker funksjonshindringer - og hvilke tjenester som samsvarer med behov hos de som søker/trenger hjelp. Arbeidet forutsetter tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, samarbeid på tvers av tjenestenivåer - og fremfor alt samarbeid med brukere og deres sosiale nettverk (Høgskolen i Hedmark, 2011).

Studieplanen sier videre at psykisk helsearbeid også må forstås som en virksomhet som søker å styrke individer, familier og lokalsamfunn slik at de blir mer motstandsdyktige til å kunne tåle det stress som uvegerlig følger hverdagsliv og samfunnsliv. Man kan ikke fjerne all risiko fordi slike forhold er en innebygd del av et aktivt liv (ibid.).

**Psykomotorisk fysioterapi (PMF):** Psykomotorisk fysioterapi er ett av fagfeltene innen fysioterapien. Dette fagfeltet inneholder flere behandlingsmetoder og behandlingstilnærminger, men det er metoden *Norsk psykomotorisk fysioterapi* (NPMF) som er "basisen" i fagfeltet. NPMF ble utviklet av fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen og psykiater Trygve Braatøy fra slutten av 1940-årene. Det er kroppen som er innfallsporten i behandlingen, men metoden bygger på et helhetsperspektiv og forståelsen av at psykiske, fysiske og sosiale forhold gjensidig påvirker hverandre (Thornquist & Bunkan, 1986). Man opererer ikke med skarpe skiller mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner i psykomotorisk fysioterapi. Psyke og soma blir sett på som uatskillelige enheter (ibid.).

Denne studien har jeg valgt å ikke avgrense til en bestemt metode, men heller ta for meg hvordan psykomotoriske fysioterapeuter arbeider med tenåringer innen *hele* fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Når jeg har skrevet psykomotorisk fysioterapi så omfatter dette derfor alle metoder som benyttes innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Samtlige

respondenter i undersøkelsen hadde forøvrig videreutdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi. Enkelte steder i oppgaven har jeg brukt forkortelsen PMF for psykomotorisk fysioterapi.

**Psykomotoriske fysioterapeuter** har videreutdanning i norsk psykomotorisk fysioterapi i tillegg til grunnutdanning i fysioterapi. Psykomotoriske fysioterapeuter har sin egen faggruppe i Norsk Fysioterapeutforbund (NFF). Tidligere het denne faggruppen *Faggruppen for psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi*. I 2011 ble navnet endret til *Faggruppen for psykomotorisk fysioterapi*. I denne studien blir psykomotorisk fysioterapi og psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi brukt synonymt.

**ROK:** Den ressursorienterte kroppsundersøkelsen. Vanlig undersøkelsesmetode innen psykomotorisk fysioterapi.

## 1.3 PMF innen psykisk helsearbeid

Verken psykisk eller fysisk helse kan eksistere alene. Mental, fysisk og sosial fungering avhenger av hverandre (WHO, 2004b). Dette synspunktet kommer også frem i *Studieplanen for Master i psykisk helsearbeid* som beskriver helse som ”en multidimensjonal og integrerende prosess og inkluderer fysiske, intellektuelle, utviklingsmessige, emosjonelle, åndelige og sosiokulturelle aspekter som er avhengige av tid, sted og situasjon” (Høgskolen i Hedmark, 2011).

Både innen psykisk helsearbeid og psykomotorisk fysioterapi legges det vekt på helhetsperspektivet i forståelsen av mennesket. Bunkan (2008) sier at det er vesentlig å forstå mennesket i et utvidet perspektiv hvor legemet, sjelen og ånden er relatert til hverandre og påvirkes av samfunnet man lever i.

Da psykomotorisk fysioterapi kom i slutten av 1940-årene, representerte den en utvidelse av det psykoterapeutiske tilbudet. Det gjorde den fordi parallellt med at pasientene gjennomgikk en kroppslig omstillingsprosess, så gjennomgikk de også en psykisk omstilling (Thornquist & Bunkan, 1986).

Masterutdanningen i psykisk helsearbeid har en tverrfaglig profil og et tverrfaglig kunnskapsgrunnlag. Som nevnt i punkt 1.2 forutsetter psykisk helsearbeid et tverrfaglig samarbeid, og jeg mener at psykomotorisk fysioterapi er en naturlig del av dette tverrfaglige samarbeidet.



## 2. Teorikapittel

### 2.1 Tidligere forskning

Jeg brukte *Pedro* og *Cinahl*, samt *Ovid* (som inkluderer søk fra blant annet *Medline*, *British Nursing Index*, *EMBASE*, *AMED* og *PsycINFO*), som databaser for å søke etter tidligere forskning om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Søkeordene var *psychomotor physiotherapy* og *adolescent*. Det var ingen relevante treff på disse databasene. I tillegg søkte jeg i databasen til [www.fysioterapeuten.no](http://www.fysioterapeuten.no) som inneholder fagartikler fra 1999-2011. Her fant jeg to artikler som omhandlet psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Det var en fagartikkel som omhandlet kroppen som bærer av relasjonelle erfaringer hos en tenåring (Thornquist, 2000), og en fagartikkel om ungdommers opplevelse av egen kropp og helse (Smedbråten, Råheim, & Heiberg, 2003).

### 2.2 Psykiske lidelser hos barn og unge

#### 2.2.1 Utbredelse

Man antar at i Norge vil til enhver tid 15-20 % av barn under 18 år ha nedsatt funksjon på grunn av psykiske *vansker* (Mathiesen et al., 2009). Forekomsten av psykiske *lidelser* blant barn og unge mellom 3 og 18 år blir beregnet til å ligge på rundt åtte prosent. Med andre ord vil det si at til enhver tid har ca. 70 000 barn og unge i Norge en psykisk lidelse (ibid.).

Forekomsten av psykiske lidelser hos barn øker med alderen, og flere av de psykiske lidelsene debuterer for alvor først etter puberteten. Når det gjelder forekomsten av psykiske lidelser blant *ungdom* i Norge, så finnes det ikke tall på dette ennå, men ifølge en internasjonal oversiktsstudie så ligger den på rundt 15 % i den vestlige verden (ibid.).

### 2.2.2 Ungdomsalderen

Puberteten er en periode i livet hvor det skjer store endringer hos et menneske. De psykologiske endringene som skjer, som sterkere følelsesuttrykk og identitetsutvikling, er knyttet til både biologiske endringer, den intellektuelle utviklingen og til sosiale faktorer som endringer i samhandlingsmønstre og sosiale roller (Mathiesen et al., 2009).

Før puberteten er atferdsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser omtrent like vanlig som emosjonelle lidelser. Etter puberteten reduseres atferdsforstyrrelsene, men forekomsten av de emosjonelle lidelsene doubles (ibid.).

Kjønnsforskjellene når det gjelder forekomsten av psykiske lidelser varierer også etter alderen. Fram til 6 års alder er forekomsten omtrent like stor hos jenter og gutter. Fra 6 til 12 års alder er to tredjedeler av de med psykiske lidelser gutter, mens etter puberteten er forholdet mellom jenter og gutter motsatt (ibid.).

Flest gutter blir henvist til behandling i det psykiske helsevernet på grunn av hyperaktivitet, atferdsforstyrrelser og ADHD, mens flest jenter blir henvist på grunn av angst, depresjon og andre emosjonelle symptomer (ibid.)

### 2.2.3 Ulike typer psykiske lidelser

Før jeg presenterer de vanligste psykiske lidelsene, vil jeg understreke at for de fleste er psykiske symptomer forbigående, og at det ikke er unormalt å ha hatt en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse i tidsavgrensede perioder i løpet av barne- og ungdomsårene (Mathiesen et al., 2009). Når det er sagt er det fremdeles mange som har symptomer som varer i mange år.

#### *Emosjonelle lidelser*

Den hyppigste psykiske lidelsen i barne- og ungdomsårene er *angst*. Ca. 20 % får i løpet av oppveksten en angstlidelse, og opp mot halvparten av disse vil ha tydelig

funksjonsnedsettelse på grunn av dette. Det som kjennetegner en angstlidelse hos et barn, er at barnet opplever en intenst skremmende engstelse, som forårsaker mye ubehag og påvirker barnets funksjon hjemme, på skolen og/eller blant venner. Engstelsen må også være atypisk for alderen. Før puberteten er fobier og separasjonsangst mest typisk, og med stigende alder blir generalisert angst og sosial angst mer vanlig. Dobbelt så mange jenter som gutter får en angstlidelse, dette gjelder både i barne- og ungdomsalder (ibid.).

*Depresjon* er en lidelse som debuterer i grunnskolen. Forekomsten øker i ungdomsårene, og etter puberteten er depresjonssymptomer nesten like vanlig som angstsymptomer. 15-20 % får betydelige symptomer på depresjon før de fyller 18 år, og opptil fem prosent får en diagnostiserbar depressiv lidelse. Til forskjell fra hos voksne som har tristhet som det fremtredende trekket ved en depresjon, så kan depresjon hos barn og unge uttrykkes gjennom irritabelt humør. Andre kjennetegn kan være tilbaketrekking, opplevelse av verdiløshet, skyld eller skam, problemer med å tenke eller konsentrere seg, mangel på matlyst, vektøkning og søvnproblemer. Jenter har to til tre ganger større sannsynlighet for å bli deprimert etter puberteten enn gutter (ibid.).

Angst og depresjon forekommer ofte samtidig hos barn og ungdom. Rundt 20 % av ungdom med en angstlidelse har også en depresjonslidelse, mens ca. 40 % av unge med en depresjonslidelse også har en angstlidelse (ibid.).

### *Atferdsforstyrrelser*

Atferdsforstyrrelser omfatter mange og ulike typer utagerende og normbrytende atferd. To eksempler på alvorlige atferdsforstyrrelsesdiagnoser er *alvorlig atferdsforstyrrelse* og *opposisjonell atferdsforstyrrelse*. Det er forøvrig en glidende overgang mellom hva som er normalatferd og hva som er mer avvikende atferd. Mange barn har problemer med aggressiv og normbrytende atferd uten at det kvalifiserer til en diagnose. De aldersmessige variasjonene er store i forhold til typer problematferd, hyppighet og utbredelse. Fra skolealder anses følgende som symptomer på atferdsforstyrrelser: opposisjonell atferd, aggressiv atferd, skoleskulk, tyveri, hærverk og mobbing. Fra ungdomsårene gjelder også rusmisbruk og lovbrudd (ibid.).

Når det gjelder forekomsten av atferdsforstyrrelser, så kan det tyde på at mellom fem og ti prosent av barn og ungdom har en atferdsforstyrrelse, og rundt halvparten av disse er alvorlig forstyrret. Utviklingsforløpet til de forskjellige typene problematferd er ulik. For eksempel vil regelbrudd som skoleskulk, å stikke hjemmefra og bruk av alkohol og andre rusmidler, ha økende forekomst gjennom ungdomsårene. På den andre siden vil forekomsten av aggressiv atferd være høyest i barneårene, og synke gjennom ungdomsårene, selv om et lite mindretall fortsetter å være utvise mye aggressiv atferd også da (ibid.).

### *Nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser*

Det er mange lidelser som går inn under nevropsykologiske utviklingsforstyrrelser. Eksempler her er: ADHD, lærevansker, autisme, autismelignende forstyrrelser, Tourettes syndrom og motoriske vansker uten kjent årsak (ibid.).

ADHD er den vanligste og mest kjente av disse lidelsene, og kjennetegnes ved konsentrasjonsvansker, impulsivitet og hyperaktivitet. Internasjonale undersøkelser viser at den gjennomsnittlige utbredelsen på verdensbasis er på rundt fem prosent av alle barn under 18 år (Polanczyk, de Lima, Horta, Biederman, & Rohde, 2007). Flertallet får diagnosen i åtte-ni års alderen, selv om symptomene ofte har vart i flere år. Mer enn 80 % av barn som får en ADHD-diagnose vil ha symptomer på lidelsen også senere i ungdommen og som voksne, selv om de ikke alltid vil oppfylle alle diagnosekriteriene. Hos de fleste vil hyperaktiviteten dempe seg etter ungdomsalderen, og symptomene vil da oppleves mer som indre uro og rastløshet, samtidig som at oppmerksomhetsvanskene blir mer fremtredende og forstyrrende (Mathiesen et al. 2009).

### *Spiseforstyrrelser*

Spiseforstyrrelser er vanligst i ungdomsårene og i ung voksen alder. Rundt en prosent utvikler en alvorlig spiseforstyrrelse i ungdomsalderen. Spiseforstyrrelser kjennetegnes ved overopptatthet av kropp, mat og spising, og man skiller mellom tre typer spiseforstyrrelser (ibid.):

1. *Anoreksi* (anorexia nervosa), hvor svært undervektige personer med en forstyrret opplevelse av kroppens form og størrelse, har en intens frykt for å legge på seg. Det er anslagsvis 1 400 jenter i Norge mellom 15 og 19 år som har behandlingstrengende anoreksi. Denne spiseforstyrrelsen når en topp rundt 17 års alderen (ibid.).
2. *Bulimi* (bulimia nervosa), hvor ofte normal- eller overvektige personer har gjentatte episoder hvor de overspiser og deretter utfører ulike ”kompenserende handlinger” (bruk av avføringspiller, selvframkalt oppkast, fasteperioder eller trening). Denne spiseforstyrrelsen utvikles vanligvis mellom 18 og 22 år (ibid.).
3. *Overspisingslidelse* (binge eating disorder), hvor man har episoder med overspising uten påfølgende kompenserende handling. Denne spiseforstyrrelsen er jevnt fordelt over aldersgruppene fra sen ungdomsalder til langt inn i voksenalderen (ibid.).

Det er ikke uvanlig at disse diagnosene kan skifte hos enkeltpersoner over tid. Samtidig er det verdt å merke seg at rundt en tredjedel av ungdommer med en spiseforstyrrelse ikke passer inn under noen av de tre typene spiseforstyrrelser (ibid.).

I forhold til kjønnsforskjeller når det gjelder forekomsten av spiseforstyrrelser, så antas de å være små når det gjelder overspisingslidelse, mens ca. 90 % av de som lider av anoreksi og bulimi er jenter (ibid.).

## *Psykosar*

Barn og unge som får en psykose har en forstyrret virkelighetsoppfatning. Kjentegn ved denne lidelsen er tilbaketrekking og symptomer som hallusinasjoner eller vrangforestillinger, oppmerksomhetsvansker og endret selvopplevelse. Følgelig får dette sterk innvirkning på den daglige funksjonen både på skolen, i hjemmet og i samvær med andre (ibid.).

Forekomsten av psykosar er svært lav før puberteten, anslagsvis 0,1 - 0,2 %. Forekomsten øker gradvis med alderen, og ifølge internasjonale tverrsnittstudier er forekomsten i aldersgruppen 13 til 18 år 0,3 - 0,6 %. Insidensen i den samme aldersgruppen anslås til å være ca. 1 av 100 pr. år (ibid.).

## **2.2.4 Psykosomatiske lidelser**

Ifølge Verdens helseorganisasjon vil psykiske lidelser ikke bare representere en enorm psykologisk, sosial og økonomisk byrde til samfunnet, men de kan også øke risikoen for fysisk sykdom (WHO, 2004a).

Både hos barn, ungdom og voksne er kronisk eller tilbakevendende kroppslige symptomer uten påvisbar organisk årsak vanlig. Slike kroppslige plager kan være vondt i hodet, magen, ryggen, eller i armene og/eller beina, og det er en stor og økende forekomst av disse symptomene hos ungdom (Petersen, Brulin, & Bergström, 2006). En studie har vist at hele ni av ti ungdommer hadde hatt ett eller flere uspesifikke kroppslige symptomer i løpet av det siste året (Helland & Mathiesen, 2009).

Psykiske symptomer som angst og depresjon, samt negative livshendelser (større belastende hendelser og kronisk stress i hverdagen), kan påvirke forløpet av kroppslige helseplager i negativ retning (Chitkara, Rawat, & Talley, 2005). Men dette kan også gå motsatt vei. En nyere studie viser at tenåringer som har kroppslige smerter, har økt risiko for å få psykiske problemer som for eksempel angst og depresjon, senere i livet (Lien, Green, Thoresen, & Bjertness, 2011).

## **2.3 Utvikling av psykiske lidelser**

### **2.3.1 Arv og miljø**

Mennesket er et resultat av både arv og miljøpåvirkninger. Kringlen (2011) sier at arv/miljø-samspillet er uhyre komplisert både ved menneskelig helse og sykdom. Alle mennesker er, unntatt eneggede tvillinger, genetisk sett ulike. Selv om genene bestemmer hvordan cellene skal utvikle seg, så er genenes kliniske betydning uklar. Blant annet kan genene skrues av og på. De må derfor oppfattes som uttrykk for en disposisjon, heller enn å sees på som fullstendig determinerende (ibid.). Når det gjelder miljøets påvirkning på mennesket, så er det stort gjennom hele livsløpet. Men miljøpåvirkningene står i nøye sammenheng med den

biologiske organismen som påvirkes, ettersom de påvirker mennesket veldig forskjellig. Kringlen slår derfor fast at det er umulig å skille arv og miljø fra hverandre, men at de er komplementære (ibid.).

### **2.3.2 Risikofaktorer**

Studier viser at de fleste barn som utvikler symptomer på psykiske lidelser, vokser opp i vanlige familier med tilfredsstillende sosiale ressurser og gjennomgående få risikofaktorer (Mathiesen et al., 2009). Allikevel vil risikoen for at barn og unge skal utvikle psykiske vansker øke i familier hvor foreldrene har store belastninger som rammer flere områder i livet, eller som varer over lang tid. Høyest risiko er det i familier hvor; foreldrene har psykiske lidelser som varer over tid, foreldrene er rusmisbrukere eller voldelige, familien eller barna selv er flyktninger og har med seg traumatiske erfaringer, barna er marginaliserte eller sosialt isolerte, barna er dårlig integrert i nabolaget eller blir mobbet på skolen, og/eller hvis barna er født med særlig biologisk risiko (knyttet til eksponering for medikamenter, tobakk, alkohol, illegale rusmidler, miljøgifter og under- og feilernæring (ibid.). I en ny studie er det vist at problemer med skolerresultater og mobbing på skolen var de viktigste risikofaktorene for utvikling av psykiske vansker hos ungdom (Myklestad, Røysamb, & Tambs, 2011).

### **2.3.3 Beskyttende faktorer**

Det fins flere positive faktorer som kan beskytte mot utvikling av psykiske lidelser hos barn og ungdom. Egenskaper ved barna selv kan være av betydning. Barn med gode kognitive evner og positive temperamentstrekk, som høy grad av fleksibilitet og sosialitet, vil lettere tiltrekke seg andre mennesker som de bygger støttende relasjoner til. Dette vil igjen kunne gi dem hjelp i utsatte situasjoner (Mathiesen et al., 2009). Barn som kan regulere sine følelser gjennom å roe seg selv ned, konsentrere seg og være målbevisste, være bedre beskyttet mot negativ påvirkning fra foreldres alkoholproblemer og konflikter mellom foreldrene (ibid.).

Videre kan følgende være beskyttende faktorer: å vokse opp med ressurssterke foreldre med en varm, støttende og konsekvent oppdragelsesstil, å få god støtte fra familie og venner i belastende perioder, samt å ha støttende lærere og medelever (ibid.). Skolen er altså en viktig arena hvor barn og ungdom bør få være en del av et positivt sosialt fellesskap og et sted hvor de gis anledning til å utfolde seg og erfare at de mestrer (Major et al., 2011).

## *Mestring*

Individuelle mestringsressurser er av betydning for å beskytte mot psykiske plager og lidelser (ibid.). Verdens Helseorganisasjon sier at evnen til å mestre motgang, stress og livsbelastninger er et mål på psykisk helse (WHO, 2010, faktaark). I *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006* (St.prp. nr. 63, 1997-98), er et av de overordnede prinsippene at brukerne skal få kunne leve et mest mulig normalt liv, og her trekkes evnen til å mestre eget liv fram som en viktig forutsetning for det. I *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse* (Helsedepartementet & Sosial- og helsedirektoratet, 2003) settes barn og unges egne ressurser og mestringsevne i sentrum. Mestring av eget liv er det første hovedmålet i denne strategiplanen. I denne planen står det at ”mestringsperspektivet bygger på en erkjennelse av at evnen til å utvikle og å ta i bruk egne ressurser er en sentral faktor i personlig utvikling og til å bygge en god psykisk helse”. Det står videre at hvis barn og unge utvikler psykiske problemer er det viktig å opprettholde et mestrings- og et såkalt normalperspektiv for å hindre unødig sykeliggjøring. Man må unngå å fokusere på problemet, symptomene eller teoriene, men heller sette personen med dens muligheter og håp, i fokus.

I det følgende vil jeg først presentere Antonovskys teori om salutogenese, og deretter belyse mestring gjennom hans modell om *opplevelse av sammenheng (OAS)*.

## *Salutogenese*

Aaron Antonovsky (1923-1994), professor i medisinsk sosiologi, var mannen bak begrepet salutogenese. Salutogenese er dannet av det latinske ordet *salus* som betyr helse, og det



greske ordet *genesis* som betyr opprinnelse. Salutogenese omhandler derfor hvordan helse oppstår, eller hva som fremmer helse. I den salutogene modellen tok Antonovsky avstand fra dikotomien mellom syk og frisk, men valgte heller å se på helse som et kontinuum mellom alvorlig syk og fullstendig frisk. I denne modellen interesserer man seg for hva som bringer en nærmere den friske polen, i motsetning til hva som bringer en nærmere den syke polen (Antonovsky & Lev, 2000). Antonovsky påpekte forøvrig at både den salutogene og den patogene orienteringen er viktige og bør være komplementære (ibid.).

Alle mennesker blir utsatt for stressfaktorer i større eller mindre grad. Hvis man ser bort fra stressfaktorer som er direkte ødeleggende for organismen, så er det avgjørende *hvordan* man håndterer stressfaktorene, i forhold til utfallet av påvirkningene blir patologisk, nøytralt eller helsefremmende (ibid.). I salutogenesen er det altså snakk om menneskers mestringsevne.

### Opplevelse av sammenheng

For å få svar på hvorfor noen mennesker mestrer stressfaktorer på en god måte, utviklet Antonovsky begrepet *opplevelse av sammenheng (OAS)* (eng. sense of coherence - SOC). Han mente at vår opplevelse av sammenheng i tilværelsen, er avgjørende for hvordan vi greier oss. Jo sterkere opplevelse av sammenheng, jo større muligheter har mennesket til å kunne håndtere de stressfaktorene som livet byr på (ibid.).

### Antonovskys definisjon av OAS:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling, som uttrykker i hvilken utstrekning man har en gjennomgående, blivende, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) de stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige; (2) det står tilstrekkelige ressurser til rådighet for at en skal klare de krav disse stimuli stiller; og (3) disse krav er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i (2000, s. 37, egen oversettelse).

Det er tre komponenter i begrepet OAS; tilværelsen må oppleves som: 1) begripelig, 2) håndterbar og 3) meningsfull.

*Begripelighet* henviser til i hvilken utstrekning man oppfatter de stimuli man utsettes for, enten i det indre eller ytre miljø, som kognitivt forståelige. Med andre ord at informasjon er ordnet, sammenhengende, strukturert og tydelig, i stedet for at det oppleves som kaotisk, uordnet, tilfeldig og uforklarlig støy.

*Håndterbarhet* har å gjøre med i hvilken utstrekning man oppfatter at det står tilstrekkelige ressurser til sin rådighet, for at man skal klare de krav man blir stilt av de stimuli man blir bombardert med.

*Meningsfullhet* henviser til i hvilken utstrekning man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig, og at i hvertfall noen av tilværelsens problemer og krav er verdt å investere energi og engasjement i. Det har også å gjøre med at man ser på disse problemene og kravene som utfordringer man gleder seg over, i stedet for byrder man heller ville vært foruten.

Selv om mestring avhenger av OAS som en helhet, rangerer Antonovsky meningsfullhet som den viktigste komponenten foran begripelighet som nest viktigst og håndterbarhet som tredje viktigst (ibid.).

Antonovsky påpekte også at alle mennesker trekker opp grenser for hva som er viktig i livet sitt, og at det som skjer utenfor disse grensene ikke betyr spesielt mye i forhold til opplevelse av sammenheng. Med andre ord trenger ikke *alt* i ens liv være begripelig, håndterbart og meningsfullt for at man skal ha en sterk OAS. Det avgjørende er at det finnes livsområder som personen opplever som viktige, og om disse områdene oppleves som begripelige, håndterbare og meningsfulle. Antonovsky sa videre at det er fire områder man ikke kan holde utenfor betydningsgrensene sine og samtidig ha en sterk OAS. Disse er sine indre følelser, sine nærmeste interpersonelle relasjoner, sin primære rolleaktivitet og eksistensielle forhold (ibid.).

## 3. Metodekapittel

### 3.1 Forskningsdesign

#### 3.1.1 Vitenskapsteoretiske perspektiver

Når man skal forske, er det viktig å stille seg noen epistemologiske og ontologiske spørsmål som for eksempel; *hva er sikker kunnskap?*, *hvordan gå til verks for å skaffe sikker kunnskap?* og *hva er tings sanne natur?* Å reflektere over slike grunnlagsspørsmål er viktig når man skal drive med forskning (Thornquist, 2003). Det har gjennom tidene vært forskjellige meninger om hva kunnskap er og hvordan man kan komme fram til kunnskap.

Den kvantitative forskningstradisjonen har sitt utspring i naturvitenskapen. I rasjonalismen mente man at *fornuften* var den sikreste kunnskapskilden. I empirismen var det kun det *erfarte* man kan ha sikker kunnskap om, og dette ble videreutviklet i positivismen hvor det erfarte kun dreide seg om det observerbare, konstaterbare og målbare; det som kunne telles, veies og måles (ibid.). I den logiske positivismen utviklet man idèen om at det kun var én metode som skulle gjelde for alle vitenskaper, nemlig enhetsmetoden (den hypotetisk-deduktive metode) (Hummelvoll, 2010b).

Den kvalitative forskningstradisjonen har sitt utspring i humanvitenskapen. Innen fenomenologien er man opptatt av å *beskrive* fenomener slik de viser seg og erfares for forskningssubjektet, med andre ord hvordan dets *livsverden* er. Her prøver forskeren å sette sin egen forforståelse i parentes (bracketing) for å gjøre en så nøytral, nøyaktig og korrekt beskrivelse som mulig (ibid.). Innen hermeneutikken vektlegges det en *fortolkning* av det som kommer frem; altså man søker å forstå meningen i det som formidles (Thornquist, 2003). Forståelse av mening skjer alltid i en sammenheng eller kontekst, det vil si at sannheten må sees i forhold til noe, og at det derfor kan tenkes at flere ulike tolkninger kan være like ”riktige” (Friis & Vaglum, 1999). Ifølge den hermeneutiske sirkel/spiral så skjer all forståelse alltid på bakgrunn av vår *forforståelse*, samt at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene (Thornquist, 2003).

Psykomotorisk fysioterapi et fagfelt som er bygget på en fenomenologisk kroppsforståelse (Gretland, 2007; Råheim, 2003). Her er som nevnt menneskets *livsverden* sentral. Maurice Merleau-Ponty satte kroppen i sentrum for den levde erfaringen og det levde liv (Thornquist, 2003). Psykomotorisk fysioterapi er en kroppslig innrettet behandlingsmetode, og innen dette fagfeltet har det tradisjonelt vært vanlig å forske på hvordan fenomener *oppleves* for et menneske. Til denne typen forskning vil en kvalitativ tilnærming, med utgangspunkt i fenomenologien og hermeneutikken, være mest hensiktsmessig.

### 3.1.2 Kvantitativ og kvalitativ forskning

Kvalitativ forskning brukes hvis man ønsker å få dybdekunnskap om få enheter, og dataene man får her uttrykkes i tekst, såkalte ”myke” data. Man ønsker å få et så helhetlig og innsiktsfullt bilde som mulig av fenomenet som undersøkes, det vil si menneskets erfaringer, opplevelser, meninger og forståelser av fenomenet. Her er det ikke objektiv, men subjektiv kunnskap man finner. Forskeren bruker også seg selv og sin forkunnskap aktivt i datainnsamlingen og fortolkningen (Thornquist, 2003).

Kvantitativ forskning kjennetegnes ved at man ønsker å undersøke mange enheter, og dataene man får kan uttrykkes i tall, såkalte ”harde” data (Hellevik, 2002). Man benytter seg av strukturerte og standardiserte metoder, slik at man kan oppnå en høy grad av objektivitet, nøytralitet og replikerbarhet i forskningen; det er med andre ord objektiv kunnskap man finner. Det sies at kvantitative studier er framtunge, det vil si at det er mye arbeid med studien *før* selve datainnsamlingen, f.eks. i forhold til å utarbeide et godt vitenskapelig design i forhold til prosedyrer, utvalg, randomisering, bruk av valide måleinstrumenter og så videre. Det sies også at det er liten fleksibilitet underveis i studien, da datainnsamlingen er standardisert og analysen ofte går ut på opptelling og statistikkberegning (ibid.).

### 3.1.3 Valg av design

Valg av forskningsmetode må være tilpasset de fenomener som skal undersøkes (Thornquist, 2003). I min studie ville jeg gjøre en kartlegging blant flere hundre psykomotoriske fysioterapeuter. Det jeg ønsket å få svar på, var hvor utbredt det er blant psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide med tenåringer. Jeg ønsket deretter å sammenlikne de som arbeidet med tenåringer, med de som ikke arbeidet med tenåringer, og se på forskjeller i forhold til deres kjønn, alder, arbeidserfaring, type videreutdanning og spesialisering. I tillegg ville jeg undersøke hva som var de vanligste grunnene til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi. For å undersøke dette mente jeg at *kvantitativ* forskning med spørreskjema som metode var den best egnede og også den mest praktisk gjennomførbare. Her var det målbare, såkalte ”harde”, data jeg var ute etter.

I tillegg til de kvantitative spørsmålene, ville jeg kartlegge om respondentene hadde noen erfaringer om psykomotorisk fysioterapi kan ha bidratt til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv, samt om de mener at psykomotorisk fysioterapi har noen spesielle utfordringer i forhold til å arbeide med tenåringer. For å få svar på dette ønsket jeg å få en mer grunnleggende beskrivelse og forståelse av fysioterapeutenes erfaringer og meninger om disse spørsmålene. I forhold til dette valgte jeg å ha en hermeneutisk-fenomenologisk tilnærming. Jeg lagde her åpne spørsmål, og lot respondentene selv skrive inn med egne ord sine erfaringer og meninger.

Dette ble derfor et semistrukturert spørreskjema; en studie med både kvantitativ og kvalitativ tilnærming. Ved bruk av slike kombinerte opplegg har en mulighet for å utnytte begge tilnærminingsmåtenes sterke sider (Hellevik, 2002). Fordelen med å bruke kvalitativ metode i tillegg til kvantitativ i denne studien, var at jeg kunne få utdypende kunnskaper om bestemte temaer. Jeg kunne få fram nyanser som faste svaralternativer ikke ville gitt rom for (Friis & Vaglum, 1999; Hellevik, 2002).

Triangulering er å kombinere ulike metodiske tilnærminger ved studier av samme fenomen (Ellefsen, 1998). Triangulering kan brukes enten for å validere funnene i en undersøkelse, ellers for å få flere perspektiver på samme fenomen (ibid.). Selv om jeg i denne kartleggingsstudien brukte bare én datainnsamlingsmetode, så er dette en form for

triangulering ettersom semistrukturerte spørreskjemaer inneholder både kvantitative og kvalitative spørsmål. Denne metodiske tilnærmingen kan også ha likhetstrekk med mixed methods research (MMR). I MMR bruker man også både kvalitative og kvantitative tilnærminger i en empirisk studie (Holloway & Wheeler, 2010). Forskjellen mellom MMR og triangulering er, slik jeg ser det, at MMR brukes for å belyse det samme forskningsspørsmålet, mens jeg i min studie brukte kvantitativ og kvalitativ tilnærming på henholdsvis kvantitative og kvalitative forskningsspørsmål.

Denne kartleggingsstudien er en tverrsnittsstudie for år 2010. Den har en induktiv tilnærming, siden den tar utgangspunkt i empirien (Malterud, 2003). Den er også deskriptiv og eksplorativ, da den både skal beskrive og utforske et nytt felt.

### **3.1.4 Spørreskjema**

#### *Om spørreskjema som metode*

I denne studien skulle jeg som tidligere nevnt gjøre en kartlegging av flere hundre psykomotoriske fysioterapeuter geografisk spredt over hele landet. For å gjøre dette mente jeg at spørreskjema ville være en hensiktsmessig metode å bruke for å innhente data. Ifølge Friis & Vaglum (1999), brukes spørreskjemaundersøkelser gjerne når man skal gjøre brede undersøkelser med mange respondenter, og det er praktisk når man skal gjøre undersøkelser over store geografiske avstander. Andre fordeler ved bruk av spørreskjemaer med en standardisert og forutsigbar form, er at rammen rundt spørsmålene blir noenlunde lik for alle respondentene, og at spørsmålssituasjonen og måleinstrumentet spiller en tilbaketrukket rolle i forhold til det vi spør om (Haraldsen, 1999). Det kan også være en fordel at spørreskjemaene kan besvares anonymt, og at respondentene har god tid på å besvare spørsmålene (Friis & Vaglum, 1999).

### *Utarbeidelse av spørreskjema*

For det første er det viktig å lage spørsmål som sammen skal belyse forskningsspørsmålene. Videre er det viktig å lage spørsmål som må forstås av respondentene. Det må lages lett forståelige og entydige spørsmål. Spørsmålene og svaralternativene må ikke være ledende, men balanserte. Tilslutt bør spørsmålene også gi mening for respondentene (Hellevik, 2002). Ved valg av spørsmål og formulering av spørsmålene bør man legge til grunn respondentenes forutsetninger og kompetanse (Hummelvoll, 2010a). I mitt utvalg hadde alle samme fagbakgrunn som psykomotoriske fysioterapeuter, så spørsmålene konstruerte jeg med det som utgangspunkt. Språkbruken og spørsmålsformuleringene prøvde jeg å tilpasse utvalget mitt.

Videre er det viktig å ikke stille for store krav til respondentenes hukommelse (ibid.). Derfor valgte jeg å bruke år 2010 som tidsperioden forskningen skulle gjelde for, fordi dette er en periode som ville være relativt friskt i minne for de fleste.

Jeg brukte tolv lukkede spørsmål med svaralternativer på nominal-, ordinal- og intervallskalaer, samt tre åpne spørsmål. Ved lukkede spørsmål gis respondentene svaralternativer som de skal velge som mest ”riktig”. Ved åpne spørsmål gis respondentene mulighet til å besvare spørsmålet med sine egne ord (ibid.). Jeg hadde ubegrenset svarplass på de åpne spørsmålene, slik at respondentene kunne gi så utfyllende svar de selv ønsket.

Det er både fordeler og ulemper ved bruk av lukkede og åpne spørsmål. Fordelene ved bruk av lukkede spørsmål er at de er lettere å administrere og analysere enn åpne spørsmål. Lukkede spørsmål er også lettere å besvare for personer som ikke er så ”verbale”, og de kan også besvares raskt. Ulempene med lukkede spørsmål er at de er vanskelige å konstruere. Det er også en risiko for at undersøkelsen kan bli for overflatisk, og at forskeren kan neglisjere eller overse vesentlige aspekter ved det som spørres om. Ved bruk av lukkede spørsmål bør man derfor ta hensyn til at svaralternativene skal dekke bredden av mulige svar. Man kan også legge til et siste svaralternativ, for eksempel ”Annet, vennligst spesifiser.....”. Videre bør alternativene være gjensidig utelukkende, og de bør presenteres på en ”fornuftig” måte, for eksempel i stigende eller avtagende orden (ibid.).

Fordelen ved bruk av åpne spørsmål er at man får mulighet til å se et tema fra flere synsvikler, og man kan få en større bredde om temaet som undersøkes enn ved lukkede spørsmål. Ulempene med åpne spørsmål er at de er mer tidkrevende å besvare, og kan derfor føre til bortfall. Videre er også analysen av åpne spørsmål tidkrevende og vanskelig. Kategoriseringen og klassifikasjonen av resultatene ligger mere i forskerens enn i respondentenes hender og kan føre til feiltolkning av respondentenes svar (ibid.).

Den første kontakten med respondentene er viktig for deres motivasjon for å svare. Introduksjonen for spørreskjemaet bør være kort, informativt og aktivt, og man bør klargjøre hensikten med studien. I tillegg vil en oversiktlig utforming (layout) av spørreskjemaet og en klar instruksjon om svarmåte, være vesentlig for ikke å skape forvirring om hvordan spørsmålene skal besvares. Dette er også avgjørende for kvaliteten av datamaterialet (ibid.). Jeg forsøkte å etterkomme dette ved å gjøre både introduksjonen/invitasjonen og spørreskjemaet så enkelt og lettfattelig som mulig (se vedleggene).

### *Elektronisk spørreskjema (webskjema)*

Siden slutten av 1980-årene har datastyrte selvutfyllingsskjemaer blitt brukt i statistiske undersøkelser og andre former for omfattende datainnsamlinger (Statistisk sentralbyrå [SSB], 2004). Idag er elektroniske spørreskjemaer i ferd med å erstatte tradisjonelle papirskjemaer (Haraldsen, 1999). Fordelene med elektroniske spørreundersøkelser er blant annet at det er en billig måte å nå mange på, og datainnsamlingen kan gjennomføres raskere enn hva som er mulig med papirskjemaer (ibid.). I denne studien benyttet jeg meg av dataprogrammet QuestBack for å gjennomføre spørreundersøkelsen.

Et webskjema er annerledes enn et papirskjema, og den viktigste forskjellen mellom disse typene skjemaer er at dataprogrammet er i stand til å reagere på innhentet informasjon. Dette kalles for betingede spørsmålssløyfer, og er med på å øke brukervennligheten i spørreskjemaundersøkelsen (SSB, 2004). I mitt spørreskjema ble de som svarte at de hadde '0' pasienter til undersøkelse og/eller behandling i 2010, styrt rett til avslutningssiden. Det samme ble de som svarte 'nei' på spørsmålet om de hadde hatt tenåringer til undersøkelse og/eller behandling i 2010.



I webskjemaer er det også mange andre muligheter og virkemidler når det gjelder layout og funksjoner. Det er imidlertid som nevnt viktig å utforme spørreskjemaet så enkelt som mulig for ikke å påvirke og forvirre respondenten. Man bør sikte mot å lage et enkelt og leservennlig webskjema for å styre respondentenes oppmerksomhet mot den oppgaven vi ønsker at de skal utføre (ibid.). Dette prøvde jeg å gjøre ved å ha kun ett enkelt spørsmål i hvert vindu/skjerm bilde. Jeg valgte også å ikke legge inn en 'Tilbake'-knapp ved hvert spørsmål, slik at det ikke var mulig å gå tilbake til tidligere spørsmål. Dette gjorde jeg for å styre i hvilken rekkefølge respondentene skulle lese og besvare spørsmålene. Jeg ønsket også at respondentene skulle konsentrere seg om hvert spørsmål, da for mange valg og muligheter for å skifte mellom vinduer og bla frem og tilbake, kan skape forvirring hos respondentene (ibid.).

Jeg forsøkte også å gjøre menyvalgene enklest mulig ved bruk av rullegardin- og knapperadsmenyer der det var mest hensiktsmessig. Når det gjelder spørreskjemaets layout, forsøkte jeg å gjøre den så nøytral som mulig. Jeg brukte ikke audiovisuelle virkemidler som bilder og lyd, kun Høgskolen i Hedmark sin logo på hver side i spørreskjemaet.

Jeg valgte å ikke bruke framdriftsindikator for å angi hvor stor del av skjemaet som var fylt ut og hvor langt det var igjen av skjemaet. Dette fordi slike kan skape falske forventninger, ettersom noen spørsmål har lengre forventet utfyllingstid enn andre, og fordi noen spørsmål var såkalte filterspørsmål (betingede spørsmålssløyfer) som kunne lede noen respondenter forbi aktuelle oppfølgingsspørsmål, hvilket ville gi ulik lengde på spørreskjemaet (ibid.).

Responskontroll er en kontroll av at alle spørsmål som skal besvares er besvart. Dette valgte jeg å ikke bruke for å unngå at noen respondenter skulle avbryte utfyllingen hvis det var spørsmål de hadde vanskeligheter med å besvare. Jeg ville også unngå at de ville gjette seg fram til riktig svar, eller bare gi et tilfeldig svar for å komme videre i spørreundersøkelsen. Dette kan være mer skadelig enn at respondentene hopper over spørsmål de ikke har svar på (ibid.).

Når det gjelder kommentarer til spørsmålene, la jeg de inn ved de ulike spørsmålene. Begrepsavklaringen om at studien gjaldt ulike metoder og tilnærminger innen psykomotorisk fysioterapi, presenterte jeg i e-postinvitasjonen og i innledningen på spørreskjemaet.

## 3.2 Utvalgsstrategi

Jeg ønsket å gjøre en kartlegging blant så mange som mulig av landets rundt 500 psykomotoriske fysioterapeuter, som utgjør hele populasjonen. Norsk Fysioterapeutforbund (NFF) er landets største organisasjon for fysioterapeuter. På deres hjemmeside [www.fysio.no](http://www.fysio.no) ligger det lister over medlemmer med forskjellige videreutdanninger og spesialiteter. Alle disse har samtykket i at deres navn og e-postadresse ligger åpent ute. Jeg valgte å benytte meg av disse listene da jeg skulle finne utvalget til undersøkelsen min. Mitt utvalg ble derfor alle som pr. 01.05.11 var registrert med navn og e-postadresse på [www.fysio.no](http://www.fysio.no) under ”Finn psykomotoriker” eller ”Finn spesialist – psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi”. Denne utvelgingsstrategien kalles skjønnsmessig utvelging (Hellevik, 2002). Det totale antallet respondenter i undersøkelsen var 398 personer.

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Av praktiske hensyn valgte jeg å inkludere kun psykomotoriske fysioterapeuter som var medlemmer av NFF, da det var lettest å få tilgang til disse personene. Noen av personene som var registrert på [www.fysio.no](http://www.fysio.no) under ”Finn psykomotoriker” og ”Finn spesialist – psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi” hadde ikke registrert noen e-postadresse, så de ble derfor ikke inkludert i undersøkelsen.

NFFs faggruppe for psykomotorisk fysioterapi har medlemmer med forskjellige typer videreutdanning, men ikke alle har videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Jeg stilte som krav at alle som skulle være med i denne undersøkelsen skulle ha videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi. Ved henvendelse til NFF fikk jeg vite at alle som er registrert på ”Finn psykomotoriker” og ”Finn spesialist – psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi” har denne videreutdanningen.

### 3.2.2 Svarprosent

Spørreskjemaene ble sendt ut den 26.05.11, med svarfrist 01.06.11. Den 06.06.11 sendte jeg ut en purring til de som ikke hadde besvart med ny svarfrist den 10.06.11. Spørreskjemaundersøkelsen ble lukket den 11.06.11, så det var de som hadde besvart spørreskjemaet innen denne datoen som kom med i undersøkelsen.

Av de 398 som fikk tilsendt spørreskjemaet, benyttet 11 personer seg av avmeldingslinken i QuestBack. Av de resterende fikk jeg svar fra 184, mens 203 ikke besvarte spørreskjemaet. Svarprosenten ble dermed 46.

## 3.3 Analyse

### 3.3.1 Kvantitativ analyse

Datamaterialet fra de lukkede spørsmålene ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet SPSS (versjon 19.0). Datamaterialet bearbeidet jeg først ved å kode manglende svar som 'missing'. Disse manglende svarene ble tatt ut av analysen. Dette anså jeg som forsvarlig i forhold til analysen ettersom denne gruppen var svært liten. Videre subgrupperte jeg enkelte svar for at analysen skulle fremstå mer oversiktlig. Det ble utført deskriptiv statistikk og Pearson Kji-kvadrat-analyser (Kirkpatrick & Feeney, 2011). P-verdier lik eller lavere enn 0,05 ble ansett for å være statistisk signifikante. Resultatene har jeg presentert i tekst og tabeller, samt i en figur.

### 3.3.2 Kvalitativ analyse

Malterud (2003) sier at hvis materiale fra åpne spørsmål i spørreskjemaer skal lede til vitenskapelig kunnskap, kreves det at kvalitative analyser gjennomføres på en kvalifisert måte. Jeg brukte analysemetoden *systematisk tekstkondensering* modifisert av Malterud for å

analysere de åpne spørsmålene i spørreundersøkelsen (ibid.). Denne analysemetoden starter med en grundig gjennomlesning av datamaterialet for å få et helhetsinntrykk. Deretter lager man foreløpige temaer, og identifiserer meningsbærende enheter som kan passe inn under disse temaene. De meningsbærende enhetene systematiseres så inn under koder som utvikles med utgangspunkt i temaene fra første analysetrinn. I analysens tredje trinn abstraherer man innholdet i hver av kodegruppene ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene. Her kan man sortere materialet i kodegruppene i subgrupper, og deretter fortette innholdet i hver subgruppe ved å utvikle et kunstig sitat forankret i data. I analysens fjerde trinn sammenfatter man kunnskapen ved å lage en innholdsbeskrivelse for hver kodegruppe hvor hver subgruppe får sitt eget avsnitt. Disse innholdsbeskrivelsene inneholder sitater fra de meningsbærende enhetene, og gis tilslutt en overskrift som sammenfatter det de handler om. Helt tilslutt validerer man innholdsbeskrivelsene i forhold til datamaterialet (ibid.).

Dette har vært en datastyrt analyse, men jeg har drøftet resultatene opp mot den teoretiske referanserammen i diskusjonkapittelet.

## 3.4 Datakvalitet

### 3.4.1 Validitet

I forskning må vi spørre oss selv i hvilken grad de verktøy vi bruker for å få frem kunnskap er egnet til å gi gyldige svar på de spørsmål vi har stilt (Malterud, 2003). Dette kalles for validitet, og har med andre ord å gjøre med hvilken relevans datamaterialet har til problemstillingene i undersøkelsen (Hellevik, 2002; Malterud, 2003). Malterud sier at ”vi må kunne stille de validitetskrav til en metode at den kartlegger det den har til hensikt å kartlegge, og det den sier at den kartlegger” (2003, s.181).

Det finnes mange typer validitet, og mange måter å teste validiteten i en studie på. Et av hovedkriteriene i forhold til validitet vil være om en sakkyndig vurdering viser at undersøkelsen dekker de problemstillingene den var ment å belyse (Haraldsen, 1999). I min studie har jeg hatt to ekspertpaneler som har vurdert spørreskjemaet mitt i forhold til face

validity og innholdsvaliditet. Først hadde jeg en erfaren psykomotorisk fysioterapeut og en erfaren psykiatrisk sykepleier som vurderte spørreskjemaet mitt. Deres vurdering gikk både på spørsmålenes relevans i forhold til temaet jeg skulle undersøke, samt spørsmålsformulering og forslag til svaralternativer. Da disse to sa seg fornøyd, sendte jeg spørreskjemaet til det andre ekspertpanelet som bestod av to meget praksis- og forskningserfarne psykomotoriske fysioterapeuter. Etter flere runder med kommentarer og innspill fra også disse ekspertene, og etter å ha gjort nødvendige endringer, sa jeg meg fornøyd med spørreskjemaets validitet. På bakgrunn av dette håpet jeg at spørsmålene jeg skulle bruke i spørreundersøkelsen ikke kunne misforstås, og at de ville gi svar på det jeg ønsket å undersøke. I ettertid viste det seg også at ingen av respondentene kontaktet meg i forhold til uklarheter om hvordan spørsmålene skulle forstås.

### **3.4.2 Reliabilitet**

Reliabilitetsmålinger dreier seg om å vurdere spørsmålenes kvalitet som måleinstrument (Haraldsen, 1999). Reliable spørsmål bør kunne gi holdbare svar. Med andre ord bør de gi svar som har en viss bestandighet over tid, en viss bestandighet i forhold til hvordan spørsmålene er samlet inn, og en viss bestandighet i forhold til andre spørsmål som er ment å måle samme fenomen (ibid.).

For å måle denne stabiliteten over tid kan man for eksempel stille de samme spørsmålene i en ny undersøkelse på et senere tidspunkt (ibid.). Når samme forsker gjennomfører den samme målingen på to ulike tidspunkter, kalles dette for en stabilitetstest (Hellevik, 2002); det vil si en test som måler test-retest reliabiliteten (Friis & Vaglum, 1999). En høy stabilitet i resultatene vil da vise at man har høy grad av intrasubjektivitet i målingen (ibid.). Det kan også være aktuelt at man ved en ny undersøkelse legger tilleggsspørsmål om reliabiliteten inn i oppfølgingsundersøkelsen, for eksempel ved å spørre om respondenten ga det samme svaret nå som i forrige undersøkelse (Haraldsen, 1999). Jeg har ikke gjennomført denne undersøkelsen flere ganger, men det kan være aktuelt å få gjort dette senere for å sjekke reliabiliteten. Et problem ved stabilitetstester kan være at fenomener kan endre seg i perioden mellom undersøkelsene (Haraldsen, 1999; Hellevik, 2002).

Det andre kravet i forhold til reliabilitet er at spørsmålene bør bli stilt på den samme måten ved hver undersøkelse (Haraldsen, 1999). Ved å gjøre en såkalt ekvivalenstest, hvor to eller flere forskere gjennomfører den samme undersøkelsen samtidig, vil man undersøke hvordan intersubjektiviteten er (Hellevik, 2002). Dette kalles også for inter-rater reliabilitet (Friis & Vaglum, 1999). For eksempel i intervjuundersøkelser med flere intervjuere kan det være et problem at spørsmålene stilles på ulik måte, men når man sender ut elektroniske spørreskjemaer mener jeg at intersubjektiviteten ikke vil være noe problem.

Den tredje formen for reliabilitet kalles intern konsistens reliabilitet (Friis & Vaglum, 1999). Her kan man beregne konsistensen i sammensatte spørsmål (Haraldsen, 1999), det vil si om spørsmål som måler samme egenskap korrelerer med hverandre. Slike sammensatte spørsmål sikter jeg mot å unngå.

### **3.4.3 Generaliserbarhet**

Selv om et stort flertall av alle psykomotoriske fysioterapeuter i landet fikk tilsendt spørreskjemaet, var det noen som ikke fikk det, blant annet de som ikke var medlemmer av NFF eller som ikke sto registrert med e-postadresse på [www.fysio.no](http://www.fysio.no). Utvelgingsstrategien jeg brukte, skjønnsmessig utvelging, er en ikke-sannsynlighetsutvelging, det vil si at ikke alle i hele populasjonen hadde en kjent sannsynlighet for å bli med i studien (Hellevik, 2002). Dette kan svekke resultatenes generaliserbarhet.

Resultatene fra denne studien er derfor ikke uten videre gyldige for alle psykomotoriske fysioterapeuter i landet. Spørsmålet om utvalget i studien er representativt for hele populasjonen, vil være vanskelig å si noe sikkert om, da jeg ikke vet noe om de som ikke var med i studien. En høyere svarprosent ville dessuten kunne ha styrket resultatenes generaliserbarhet.

## 3.5 Metodisk refleksjon

### 3.5.1 Svakheter ved spørreskjemaer

Spørreskjemaer har, som all annen datainnsamling, flere fallgruber (Elstad, 2010). Som nevnt under punkt 3.1.4 finnes det ulemper ved både lukkede og åpne spørsmål. Lukkede spørsmål har utfordringer i forhold til å gi dekkende og gjensidig utelukkende svaralternativer til spørsmålene, mens åpne spørsmål har utfordringer i forhold til analysen og bortfallsrisiko (Hummelvoll, 2010a). Videre er spørreskjemaer avhengige av at respondentene har forstått spørsmålene slik forskeren mente. Spørreskjemaer er med andre ord sårbare i forhold til uklarheter og tvetydigheter i rettleidinger, spørsmål og svaralternativer, fordi forskeren ikke er tilgjengelig for forklaring eller korrigering (Elstad, 2010). I invitasjonen til denne spørreundersøkelsen oppga jeg min kontaktinformasjon, slik at respondentene kunne kontakte meg ved eventuelle uklarheter og/eller spørsmål.

Ved bruk av spørreskjema vil man ikke kunne fange opp stemningen og kroppsspråket hos respondentene, og dermed gå glipp av viktig informasjon. Forskeren kan ikke stille oppfølgingsspørsmål, og det er vanskeligere å få til ”rike” svar som andre metoder egner seg bedre til, ved at svarene går mindre i ”dybden”. Andre svakheter kan være at man ikke vet hvem som faktisk har besvart spørreskjemaet. Dette kan ha skjedd i denne undersøkelsen, selv om jeg tror det er lite sannsynlig. Noe som kan ha redusert sannsynligheten for at dette har skjedd, er at ved bruk av QuestBack var spørreskjemaet låst til hver enkelt e-postadresse, slik at det ikke var mulig å videresende spørreskjemaet til andre e-postadresser. Videre kan noen respondenter ha vanskeligheter med å lese eller skrive, så det kan være en risiko for at respondentene ikke har forstått spørsmålene, og at de ikke svarer på spørsmålene (men noe annet) (Haraldsen, 1999). Dette er forhold som kan gjøre spørreskjema uegnet som metode.

I spørreskjemaundersøkelser har man som nevnt ingen muligheter for utdypende tilleggsspørsmål eller dialogisk validering, så en pilotstudie ville ha kunnet fortelle om spørsmålene fungerte etter hensikten (Malterud, 2003). Jeg gjennomførte ikke en pilotstudie av tidsmessige hensyn, og fordi jeg mente at spørreskjemaet var bra nok kvalitetssikret etter å ha blitt vurdert av to ekspert-paneler. Men en pilotundersøkelse ville kunne ha avdekket eventuelle svakheter ved spørreskjemaet (Haraldsen, 1999).

### 3.5.2 Svakheter ved webskjemaer

Siden elektroniske spørreskjemaer ofte gir en raskere datainnsamling enn papirskjemaer, kan det være fristende å også bruke kortere tid på å lage spørsmålene (ibid.). Dette har ikke vært tilfelle i denne undersøkelsen, ettersom jeg har vært igjennom mange runder med spørsmålsutprøving og pretesting hos mine ekspertpaneler. Selve utformingen av spørreskjemaet i QuestBack ble gjort helt tilslutt når alle spørsmålene var klare.

For at et spørreskjema skal fortone seg som brukervennlig, må det være tilpasset situasjonen og forutsetningene hos de som skal svare (SSB, 2004). Respondentene i denne studien hadde nok ulike forutsetninger for eksempel når det gjelder datakunnskaper. Dette ville kunne påvirket svarene, selv om de aller fleste sannsynligvis ikke hadde problemer med å besvare spørreskjemaet elektronisk.

Ved elektroniske spørreundersøkelser kan det også være en fare for tekniske feil hos respondentene, for eksempel at internett-tilgangen er nede, at man har problemer med nettleseren, datavirus på maskinen og annet, og at de derfor ikke får besvart spørreskjemaet.

### 3.5.3 Forskerens rolle

Målet mitt var å gjøre en kartlegging av et felt som var mer eller mindre ukjent for meg, og å få svar på de forskningsspørsmålene jeg hadde. Det var ikke noe ønske fra meg å få resultater som skulle trekke i bestemte retninger, og jeg prøvde derfor å gå inn i studien med et åpent sinn i forhold til hvilke resultater jeg ville få.

Forøvrig er det i medisinsk forskning ikke et spørsmål *om* forskeren påvirker forskningsprosessen, men *hvordan* (Malterud, 2003). Jeg er selv fysioterapeut med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi, og selv om jeg hadde minimal erfaring med å arbeide med tenåringer, så preget nok mitt faglige perspektiv og ståsted hele forskningsprosessen. Jeg forsøkte allikevel etter beste evne å ha et reflektert forhold til hvordan min egen for forståelse kunne innvirke på forskningen og forskningsresultatene.



Ved å bruke spørreskjema som metode, holder man seg selv som forsker litt i bakgrunnen i datainnsamlingen. Men det kan likevel tenkes at respondentene ble noe påvirket av at jeg som forsker også var psykomotorisk fysioterapeut som dem selv, og at de kanskje hadde svart annerledes hvis det var en med en annen faglig bakgrunn som stod bak undersøkelsen.

## 3.6 Forskningsetikk

### 3.6.1 Grunnleggende forskningsetiske prinsipper

For å overholde kravet til god forskningsetikk, valgte jeg å følge Sykepleiernes Samarbeid i Norden ([SSN], 2003) sine forskningsetiske retningslinjer som bygger på de etiske prinsippene som kommer til uttrykk i Helsinki-deklarasjonen. Ifølge disse retningslinjene er det fire grunnleggende forskningsetiske prinsipper som man som forsker må ta hensyn til (SSN, 2003). Det første er prinsippet om autonomi. I dette ligger det at man skal ha respekt for forsøkspersonenes integritet og verdighet, og at de skal kunne bestemme selv om de vil delta i forskningen. Det skal være frivillig å delta, og det må ikke brukes noen form for tvang, press eller overtalelse overfor forsøkspersonene. Det kreves et informert samtykke fra forsøkspersonene før de kan forskes på. De må være gitt tilstrekkelig informasjon på forhånd. Dette forsøkte jeg å ivareta gjennom et informasjonsskriv som respondentene fikk i e-posten jeg sendte hver av dem. I dette informasjonsskrivet presiserte jeg at henvendelsen var en invitasjon til å delta i min studie, hva som var studiens hensikt, at det var frivillig å delta og at de hadde mulighet til når som helst å trekke seg fra undersøkelsen underveis. I tillegg informerte jeg om at alle opplysningene ville bli behandlet konfidensielt, samt at datamaterialet ved prosjektslutt ville anonymiseres ved at e-postadressene ville bli slettet. De som ikke ønsket å delta i undersøkelsen ble oppfordret til å klikke på en avmeldingslink nederst i e-posten. I kravet om informert samtykke ligger det også at informasjonen skal være forstått av forsøkspersonene, og at de er samtykkekompetente. Dette går jeg ut fra var oppfylt når det gjelder samtlige av mine respondenter. Jeg regnet det som frivillig informert samtykke når de besvarte og returnerte spørreskjemaet.

Det neste prinsippet er prinsippet om å gjøre godt (ibid.). Dette innebærer at forskningen skal være til potensiell nytte for den eller de grupper som forskningen retter seg mot, og at deltakerne i studien skal kunne nyte godt av resultatene. Forskningen min rettet seg mot psykomotorisk fysioterapi til tenåringer, og jeg håpet at resultatene ville føre til økt kunnskap som kunne komme denne pasientgruppen tilgode. I tillegg håpet jeg at de psykomotoriske fysioterapeutene som deltok i studien, andre psykomotoriske fysioterapeuter og andre som arbeider med tenåringer innen psykisk helsearbeid, også kunne dra nytte av forskningsresultatene.

Prinsippet om ikke å gjøre skade innebærer at forskningen ikke må få skadelige virkninger på de som deltar i studien (ibid.). For det første var svarene fra respondentene mine anonyme for meg, ettersom 'Skjult identitet'-funksjonen i QuestBack ble brukt. I spørreskjemaet spurte jeg heller ikke om sensitive opplysninger om hver enkelt fysioterapeut. Det som kunne kommet fram av sensitive opplysninger kunne ha vært i de to siste åpne spørsmålene (spørsmål 14 og 15) i spørreskjemaet. Jeg la derfor inn en kommentar til disse spørsmålene i spørreskjemaet hvor jeg presiserte at respondentene ikke skulle oppgi informasjon som kunne identifisere tredjepersoner. Dette overholdt samtlige som besvarte spørreskjemaet. Dersom det hadde kommet fram helt spesielle opplysninger om tredjepersoner, for eksempel om sjeldne sykdommer, ville jeg vurdert å ta disse besvarelsene ut av datamaterialet, men dette ble altså ikke nødvendig. I tillegg ble hele datamaterialet forsvarlig oppbevart under hele prosjektperioden.

Det siste prinsippet er prinsippet om rettferdighet. Dette innebærer at forskeren har plikt til å verne om svake grupper og ha omsorg for at disse ikke utnyttes i forskning (ibid.). Svake grupper i min studie kunne ha vært tenåringene som ble omtalt i svarene, men som nevnt ovenfor tok jeg forholdsregler for å hindre at det kunne komme fram opplysninger som kunne identifisere dem.

### **3.6.2 NSD**

Forskningsprosjektet ble sendt inn til Norsk samfunnsvitenskaplig datatjeneste (NSD) den 02.04.11. Etter å ha gjort nødvendige endringer, fikk jeg godkjenning derfra den 23.05.11.

## 4. Resultater

Under punkt 4.1 presenteres først hele utvalget. Deretter presenteres forskjeller mellom den gruppen med respondenter som arbeidet med tenåringer, og den gruppen som ikke arbeidet med tenåringer; i forhold til kjønn, alder, arbeidserfaring, ny eller gammel videreutdanning og spesialistkompetanse. Under punkt 4.2 presenteres hvor mange pasienter respondentene behandlet i 2010, både antall pasienter totalt og antall tenåringspasienter. I tabell IX fremstilles en oversikt over hvor stor prosentandel som arbeidet med tenåringer eller ikke; i forhold til kjønn, spesialistkompetanse, ny eller gammel videreutdanning, alder og arbeidserfaring. Under punkt 4.3 vises de vanligste grunnene til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi i 2010. Videre presenteres hvilke erfaringer respondentene hadde om hvordan psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å hjelpe tenåringer å mestre sitt eget liv, under punkt 4.4. Tilslutt under punkt 4.5 presenteres hvilke tanker respondentene hadde om hvilke utfordringer psykomotorisk fysioterapi har når det gjelder arbeid med tenåringer.

### 4.1 Presentasjon av utvalget

Hele utvalget bestod av 184 personer med en gjennomsnittsalder på 50,6 år. Laveste alder var 30 år og høyeste alder var 69 år. 86,3 % var kvinner.

#### 4.1.1 Kjønn

**Tabell I. Kjønnsfordelingen blant respondentene.**

	ARBEIDET MED TENÅRINGER (n=105)	ARBEIDET IKKE MED TENÅRINGER (n=68)
<b>Menn</b>	15,2 %	13,2 %
<b>Kvinner</b>	84,8 %	86,8 %

Missing=11.

### 4.1.2 Alder

Tabell II. Alderen på respondentene med spredningsmål.

	GJENNOMSNIITT (MEAN)	MINIMUM	MAKSIMUM	STANDARDVVIK
Arbeidet med tenåringer	51,7 år	30 år	69 år	10,0
Arbeidet ikke med tenåringer	48,9 år	30 år	68 år	10,8

### 4.1.3 Arbeidserfaring

Tabell III. Prosentvis fordeling etter respondentenes arbeidserfaring.

ARBEIDSERFARING SOM PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPEUT	ARBEIDET MED TENÅRINGER	ARBEIDET IKKE MED TENÅRINGER
0-9 år	43,8 %	55,9 %
10-19 år	21,0 %	17,6 %
20-29 år	25,7 %	20,6 %
30-39 år	9,5 %	4,4 %
≥ 40 år	0 %	1,5 %

#### 4.1.4 Videreutdanning

##### *Ny eller gammel ordning*

Tabell IV. Prosentvis fordeling etter om respondentene hadde videreutdanning etter ny eller gammel ordning<sup>1</sup>.

	ARBEIDET MED TENÅRINGER	ARBEIDET IKKE MED TENÅRINGER
Ny ordning	49,5 %	67,2 %
Gammel ordning	50,5 %	32,8 %

<sup>1</sup> Ny ordning er videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi *med* studiepoeng/vektttall, gammel ordning er *uten* studiepoeng/vektttall.

#### 4.1.5 Spesialistkompetanse

Tabell V. Prosentvis fordeling etter hvor mange respondenter som var spesialist<sup>1</sup> i psykomotorisk fysioterapi eller ikke.

	ARBEIDET MED TENÅRINGER	ARBEIDET IKKE MED TENÅRINGER
Spesialist	56,2 %	54,4 %
Ikke spesialist	43,8 %	45,6 %

<sup>1</sup> Spesialist i psykomotorisk fysioterapi / psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi etter Norsk Fysioterapeutforbunds krav til spesialistkompetanse.

## 4.2 Utbredelse av PMF til tenåringer

### 4.2.1 Antall pasienter totalt

Tabell VI. Prosentandeler for hvor mange pasienter i alle aldre hele utvalget hadde i undersøkelse og/eller behandling i 2010.

ANTALL PASIENTER	0	1-50	51-100	101-150	151-200	201-250	251-300	> 300
Andel av respondentene	3,6 %	40,8 %	38,5 %	8,9 %	3 %	0 %	1,2 %	4,1 %

### 4.2.2 Antall tenåringer

Det var 60,7 % av de spurte som arbeidet med tenåringer.

Tabell VII. Prosentandeler for hvor mange tenåringer disse undersøkte og/eller behandlet i 2010.

ANTALL TENÅRINGER	1-5	6-10	11-20	> 20
Andel av respondentene	68,6 %	19 %	8,6 %	3,8 %

Tabell VIII. De sentrale verdiene i forhold til antall tenåringer.

	GJENNOMSNIITT	MINIMUM	MAKSIMUM	MEDIAN	STANDARDVARIASJON
Antall tenåringer	6,99	1	80	4,00	11,53

**Tabell IX. Forskjeller i hvorvidt respondentene arbeidet med tenåringer eller ikke sett i forhold til kjønn, spesialist eller ikke spesialist, ny eller gammel videreutdanning, alder og arbeidserfaring.**

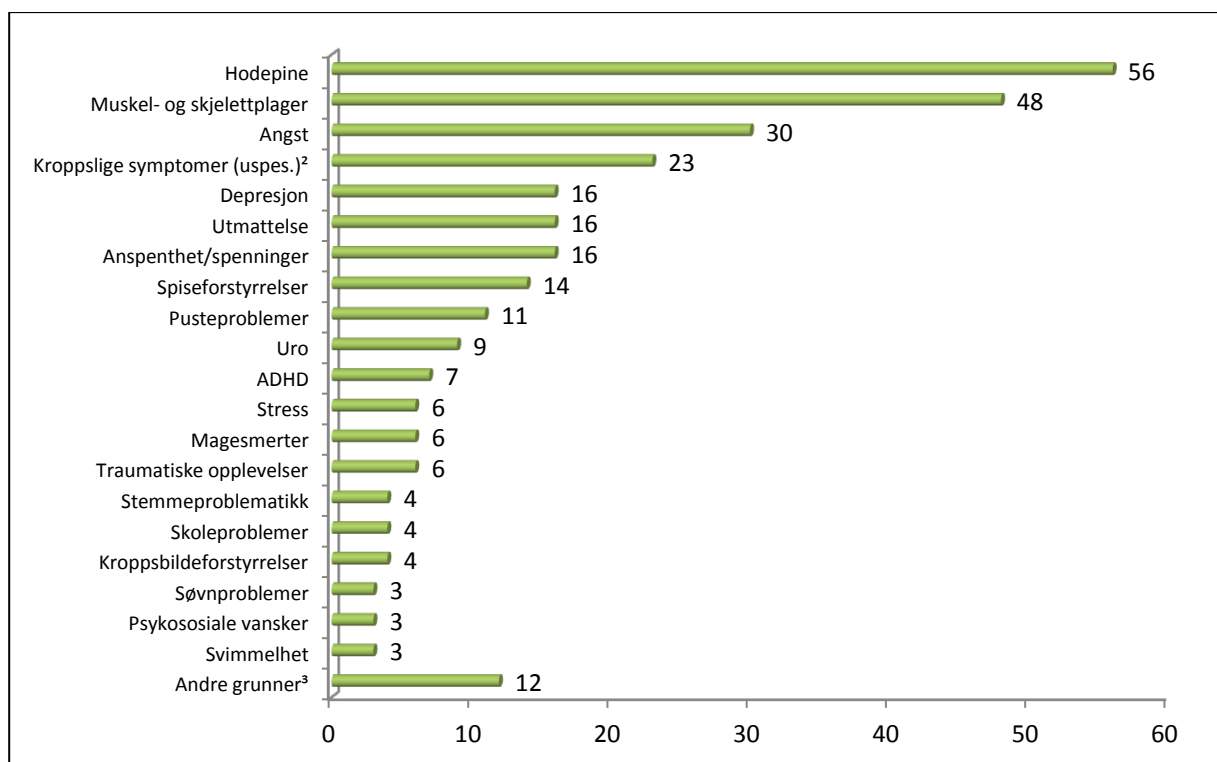
	ARBEIDET MED TENÅRINGER?		P-VERDI <sup>1</sup>
	JA	NEI	
<b>Menn</b>	64,0 %	36,0 %	0,71
<b>Kvinner</b>	60,1 %	39,9 %	
<b>Spesialist</b>	61,5 %	38,5 %	0,81
<b>Ikke spesialist</b>	59,7 %	40,3 %	
<b>Ny videreutdanning</b>	53,6 %	46,4 %	0,023 <sup>2</sup>
<b>Gammel videreutdanning</b>	70,7 %	29,3 %	
<b>Respondentenes alder</b>			0,36
<b>30-39 år</b>	50 %	50 %	
<b>40-49 år</b>	56,3 %	43,8 %	
<b>50-59 år</b>	64,8 %	35,2 %	
<b>60-69 år</b>	68,3 %	31,7 %	
<b>Respondentenes arbeidserfaring</b>			0,297
<b>0-9 år</b>	54,8 %	45,2 %	
<b>10-19 år</b>	64,7 %	35,3 %	
<b>20-29 år</b>	65,9 %	34,1 %	
<b>30-39 år</b>	76,9 %	23,1 %	
<b>≥ 40 år</b>	0 %	100 %	

<sup>1</sup> P-verdier basert på Kji-kvadrat-tester.

<sup>2</sup> p<0,05.

### 4.3 De vanligste grunnene til at tenåringer går til PMF

**Figur I. De vanligste grunnene<sup>1</sup> til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi i 2010.**



<sup>1</sup> Respondentene ble bedt om å oppgi de tre vanligste grunnene som ifølge tenåringene selv var hovedgrunnen for at de ønsket time og/eller ble henvist til time. Figur I viser hvor mange ganger de forskjellige grunnene ble nevnt av respondentene.

<sup>2</sup> I kategorien 'Kroppslige symptomer (uspesifiserte)' ble det oppgitt følgende: diffus somatisk problematikk, uspesifiserte generelle smerter, smerter, smerter/vondt i kroppen.

<sup>3</sup> I kategorien 'Andre grunner' ble det oppgitt følgende: tvang, atferdsproblematikk, motorisk forsinket, tilpasningsvansker, destruktive tanker, dysfunksjon, relasjonsproblemer, toleranse for egne følelser, selvpålagt prestasjonspress, innlagt på sykehus, psykose, rus.



## 4.4 Kan PMF bidra til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv?

I spørreskjemaet stilte jeg følgende åpne spørsmål: *Har du noen erfaringer om psykomotorisk fysioterapi kan ha bidratt til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv?*

Nesten samtlige av de psykomotoriske fysioterapeutene som besvarte dette spørsmålet hadde erfaringer om dette. Det kom fram mange forskjellige erfaringer om hvordan psykomotorisk fysioterapi kan ha bidratt til mestring, og det var noen som gikk igjen i mange av svarene. Disse vil jeg her presentere under følgende kategorier: *relasjonens betydning, kroppslig tilnærming, forståelse av sine plager, grensesetting og tenåringer blir tryggere på seg selv.*

### 4.4.1 Relasjonens betydning

#### *Nær allianse*

Mange av respondentene trakk fram relasjonen mellom seg selv og tenåringen som et viktig utgangspunkt for at behandlingen kan føre til mestring. Det synes at det er spesielt viktig at tenåringer kan ha en nær allianse med en voksen (fag)person, og at denne alliansen varer over lengre tid. En av respondentene skrev:

*Har hatt endel ungdommer med anoreksi som tydelig har gitt uttrykk for at den nære alliansen og arbeidet med kroppen har vært avgjørende for at de har klart å komme ut av den rigide tankegangen, og mestre livet bedre.*

En annen skrev:

*Mener at relasjonen en bygger ved å arbeide mentalt og kroppslig med en ungdom en gang i uka over lang tid faktisk er det viktigste. Når denne er trygget har kroppen gode muligheter for varig omstilling, og da er psykomotorisk fysioterapi en god metode underveis.*

### **Anerkjennelse og bekreftelse**

Å møte tenåringer med anerkjennelse og bekreftelse ble av mange av respondentene trukket frem som viktige forutsetninger for at behandlingen kan føre til mestring hos tenåringene. En respondent skrev:

*Noen har følt seg lettet ved at de har fått satt ord på tanker og følelser som de ikke har våget å snakke om til noen andre, og blitt møtt med aksept på det. Samtidig har de fått hjelp til å se noen nye muligheter for å takle vanskelige situasjoner.*

En annen skrev:

*Psykomotorisk behandling kan bidra til å styrke selvfølelsen ved å være bekræftende på ungdommens egen opplevelse av verden / sin situasjon.*

Flere av respondentene trakk fram hvor viktig det er at tenåringer blir sett og hørt. En av dem skrev:

*Særlig opplever jeg at de har god nytte av å bli sett, møtt og respektert gjennom kommunikasjon verbalt og kroppslig. At det er dette som i hovedsak har hatt innvirkning på bedring av for eksempel smerter, tretthet og konsentrasjon.*

### **4.4.2 Kroppslig tilnærming**

Flere av respondentene trakk fram betydningen av den kroppslige tilnærmingen i behandlingen av tenåringer. Å fokusere både på kroppen og samtalen kan gi en ekstra dimensjon i behandlingsrelasjonen, noe som kan være viktig for mestring. En av respondentene skrev:

*Det å kunne være i relasjon hvor både kroppen og ordene blir hørt og sett, gir en relasjon som rommer mye. Det mener jeg er viktig for mestring.*

Den kroppslige tilnærmingen gjør det ofte lettere for tenåringer å åpne seg, enn ved kun samtaleterapi. Følgende tre sitater kan belyse dette:

*Denne behandlingen har vært viktig når ordene ikke strekker til. Når samtalebehandlingen har kommet til kort hos for eksempel psykolog, har det vært viktig å ha en kroppslig tilnærming for å få tak i de kroppslige erfaringene på traumatisering for å få bearbeidet disse.*

*Under kroppsbehandlingen blir det ofte en spesielt fortrolig stund – lettere å snakke om vanskelige tanker/opplevelser. Det kommer mer av seg selv enn om man bare skal sitte sammen for å snakke.*

*Det er rom for samtale som dukker opp når man jobber med kropp – om seksualitet, foreldre, venner, fremtid, høye prestasjonskrav og så videre.*

#### **4.4.3 Forståelse av sine plager**

Svært mange av respondentene svarte at psykomotorisk fysioterapi kan hjelpe tenåringer til å forstå sammenhengen mellom sine kroppslige symptomer og sine tanker og følelser, og at dette er et viktig bidrag til at de kan mestre livet sitt bedre. Som en respondent skrev:

*Det å forstå sammenhenger mellom kroppslige reaksjoner og tanker og følelser kan gi økt opplevelse av mestring av eget liv.*

En annen skrev:

*Gjennom undersøkelse og behandling har jeg en opplevelse av at tenåringene (i likhet med de fleste andre pasienter) får hjelp til å sette sine plager inn i en sammenheng som gjør det lettere å forstå plagene og at det har stor betydning i forhold til å oppleve mestring.*

Å få økt forståelse for hvorfor man har fått sine plager, kan være med på å avdramatisere og naturliggjøre situasjonen til tenåringen, og dermed bidra til at livet deres blir mer håndterbart. En av respondentene skrev følgende:

*Hodepine - det gir mening for ungdom og pårørende å avdramatisere plagene - sette dem inn i en forståelig og naturlig (logisk for dem sier de ofte) sammenheng, kroppsligheten blir håndterbar - spenninger og hodepinen kan slippe.*

Samme respondent skrev videre:

*Det å avdramatisere, at vi i undersøkelsen finner kroppslige funn, at plager og spenninger kan sees på som naturlige reaksjoner på vanskeligheter i livet deres, at følelser er kroppslige uttrykk. Det letter situasjonen for dem, gjør livet og livet i kroppen forståelig og til å håndtere. Endringene som oppnås i behandlingen er jo i høy grad med på å hjelpe dem til å mestre livet bedre (for eksempel symptomlette, symptomfrihet, bedre søvn, mindre uro).*

Psykomotorisk fysioterapi kan altså gi økt forståelse av sammenhengen mellom levd liv og psykiske og kroppslige plager hos tenåringer. Bevisstgjøringen av dette ser ut til å være viktig. Følgende ble skrevet:

*Bevisstgjøringsarbeidet er etter mitt skjønn det som er viktigst – å forstå hva det dreier seg om, se sammenhenger og lære enkle måter å få til endringer på har ført til økt mestring.*

*Erfaringen er at ved å øke deres egen bevisstgjøring i forhold til at det de opplever i livet påvirker kroppen deres, gjør dem i stand til å mestre livet noe bedre. At det er sammenheng mellom deres psykiske og fysiske helse.*

#### **4.4.4 Grensesetting**

Svært mange av respondentene trakk også fram betydningen av å jobbe med grensesetting. En respondent skrev:

*Grensesetting har vært [mitt] hovedbidrag.*

At tenåringer blir bevisste på sine egne behov og tryggere på sine egne grenser, kan bidra til at de kan mestre livet sitt bedre. At dette er viktig kan illustreres ved følgende to sitater:

*PMF har hjulpet pasientene til i større grad å merke og ta hensyn til egne behov, sette grenser. De har lett for å være selvutslettende og bære foreldrenes krav og følelser.*

*Min erfaring er at mange hadde for mye program i hverdagen der stress var hovedproblem, inkludert høye forventninger til seg selv, både i forhold til skole, foreldre, venner. Hovedutfordringen er å sette egne grenser, bevisstgjøre rundt egne behov. Lære seg å prioritere. De kan ikke rekke alt eller please alle som de ønsker. Ofte gode på skolen og såkalte flinke, greie jenter med mye omsorg.*

For å lære seg å sette grenser, både overfor seg selv og andre, er det altså viktig å bli tydelig på seg selv og egne behov. Resultatene av å jobbe med grensesetting kan merkes på flere områder. Følgende sitater belyser dette:

*De har fått bedre tro på seg selv, til å ta egne avgjørelser - sette grenser for seg selv og andre. Funnet ro og er mer tilstede i eget liv.*

*To mobbeofre har gjennom terapi fått en bedre hverdag ved ikke å se seg selv som offer, men setter grenser for hva de finner seg i. Resultatet er veldig mye bedre karakterer på skolen på begge to, og mer aksept blant venner når de stoler på egne valg.*

#### **4.4.5 Tenåringer blir tryggere på seg selv**

##### *Kroppslig trygghet*

Å få større kroppslig trygghet kan bidra til mestring av livet sitt. En respondent skrev:

*Psykomotorisk behandling kan bedre kroppslig trygghet og stabilitet, noe som etter min erfaring kan føre til større trygghet også på andre områder i livet, som for eksempel i sosiale situasjoner.*

Jeg vil her presentere hva som ble trukket frem som de viktigste faktorene for at tenåringer får økt kroppslig trygghet og redusert kroppslig uro i forhold til psykomotorisk fysioterapi:

##### **Stressmestring**

Flere av respondentene svarte at å arbeide med stressmestring eller stressreduksjon kan ha bidratt til at tenåringer har mestret livet sitt bedre. En respondent skrev:

*Psykomotorisk behandling kan bidra til å gi ungdommer beredskap til å redusere opplevd stress, og dermed gi mer overskudd og krefter.*

Det ble besvart av noen av respondentene at de arbeidet med å senke den autonome aktiveringen, eller å senke aktiviteten i det sympatiske nervesystemet hos tenåringene. For å oppnå dette nevnte de at de brukte forskjellige teknikker, blant annet psykoedukative teknikker og somatic experiencing.

### Forankring og respirasjon

Gjennom psykomotorisk fysioterapi kan tenåringer oppleve ro i kroppen og mestre vanskelige situasjoner. Noen av respondentene svarte at de jobbet med forankrings- og respirasjonsøvelser for å oppnå mestring av kroppslig uro hos tenåringer. Som en av respondentene skrev som bidrag for opplevelse av mestring:

*Øvelser de kan bruke fra PMF for å roe ned pust, forankre seg i stressede situasjoner.*

Videre ble det besvart:

*Jeg har erfart at når tenåringer får frigjort pusten sin, og skjønner at det de plages med ikke er farlig, blir det lettere å mestre sitt eget liv.*

*Det å få mestringsstrategier for pust etc., kan gi opplevelse av mestring i situasjoner som forbindes med redsel og angst.*

*PMF har gitt tenåringer bedre ståsted/fotfeste, de har blitt tryggere i egen fungering.*

### Kroppsbevissthet og kroppskontakt

Å bli bedre kjent med kroppen kan være viktig for tenåringers opplevelse av mestring. Mange av respondentene svarte at gjennom psykomotorisk fysioterapi får mange tenåringer økt kroppsbevissthet, noe som kan være med på å gjøre at de får bedre kontakt med seg selv og at de blir mer trygge på seg selv. At de får bedre kontakt med kroppen sin kan gi dem en kroppslig trygghet og stabilitet, som igjen kan gi økt trygghet ellers i livet. Det ble blant annet skrevet:

*Min opplevelse er at det å få jobbet med kroppsbevissthet, og få økt kroppskontakt, samt dempet uro og stress, demper smerter og øker personens kontakt med seg selv. Noe som trygger personen og gir bedret tro på seg selv, ofte blir personen mer trygg på seg selv.*

*Jeg har erfart at tenåringer kan ha nytte av økt kroppsbevissthet, og lære seg å ta vare på egen kropp og kjenne på egne grenser i forhold til press de opplever fra samfunnet rundt seg.*

*Jeg mener at bedre kontakt med muskulære spenninger og når de opptrer, har hjulpet til å forstå og mestre egne reaksjoner og derved til å takle situasjoner.*

*De er veldig uerfarne med å kjenne etter i kroppen. Økt kroppsbevissthet og bedre kunnskap om spenning/avspenning, kontakt med følelser via kroppen og sette ord på disse følelsene, øve på grensesetting i skole og livet ellers, er noe av det som gjør ungdommene bedre rusta til å klare seg i eget liv.*

### **Økt selvtillit og sosial mestring**

Psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å gi tenåringer økt selvtillit, noe som kan øke deres evne til å mestre sitt eget liv. Respondentene hadde blant annet erfart at psykomotorisk fysioterapi kan ha bidratt til at tenåringer har fått styrket selvtilliten sin, blitt tryggere på seg selv, tryggere på egne meninger, blitt tryggere på egne ressurser og grenser, og fått bedre selvfølelse.

Noen av respondentene hadde erfart at tenåringer får økt kontaktevne og økt trygghet i sosiale relasjoner, blant annet i forhold til sosial angst og skoledeltakelse. En respondent skrev:

*Psykomotorisk fysioterapi har vært svært hensiktsmessig når det gjelder behandling av migrene. Dette har først og fremst medført mindre fravær fra skole og fritidsaktiviteter, og pasientene føler at de mestrer sitt liv bedre. De er i tillegg mye mindre bekymret for hvordan det skal gå med dem i fremtiden og vektlegger dette som en stor lettelse.*

En annen skrev:

*Psykomotorisk fysioterapi har vært god hjelp til å overkomme angst. En pasient opplevde 80 % reduksjon av sosial angst i løpet av 6 måneder. To andre oppnådde betydelig økt skoledeltakelse.*

## 4.5 Hvilke utfordringer har PMF når det gjelder arbeid med tenåringer?

Tilslutt i spørreskjemaet stilte jeg følgende åpne spørsmål: *Har du noen tanker om psykomotorisk fysioterapi har spesielle utfordringer når det gjelder arbeid med tenåringer?*

Nesten samtlige av respondentene nevnte utfordringer som psykomotorisk fysioterapi har når det gjelder arbeid med tenåringer. Jeg vil presentere disse utfordringene under følgende kategorier: *tenårene, alliansebygging, forsiktig tilnærming til kroppen, fokusere på mestring, familien til tenåringen, utfordringer for PMF som metode og PMF er et lite kjent behandlingstilbud.*

### 4.5.1 Tenårene

#### *Modenhhet*

Det kan være vanskelig å nå inn til noen av tenåringene, og de kan noen ganger ikke være modne nok til å gå inn i en endringsprosess. En respondent nevnte følgende utfordring:

*Få tenåringene til å skjønne at de selv må jobbe og ta tak og kanskje gjøre endringer i levestett, utfordre seg selv på egne holdninger/meninger.*

Tenåringer har ofte liten livserfaring og noen ganger liten refleksjonsevne, noe som kan gjøre behandlingen ekstra utfordrende. En respondent skrev:

*En fellesnevner for mitt arbeid med ungdommer er at de med sin unge alder ennå ikke har mye livserfaring og at jeg må være mere aktiv i terapi ved å bruke mere psykoedukative metoder for å nå frem.*

Det kan for eksempel være vanskelig for noen å forstå hvorfor man arbeider med hele kroppen og ikke bare med symptomet. Tenåringenes alder spiller også en rolle; det kan være lettere å reflektere sammen med de eldste tenåringene, mens de yngste tenåringene kan



respondere bedre gjennom sansestimulerende tiltak. Det finnes forøvrig også positive erfaringer i forhold til refleksjonsevnen til tenåringer. Som en av respondentene skrev:

*Tenåringer er ofte vel så meddelsomme og reflekterte som voksne - ofte mer umiddelbare og lettere å nå.*

### **Sårbar alder**

Tenårene kan være en sårbar alder hvor det skjer store fysiske og psykiske forandringer med personene. Flere av respondentene nevnte at man i arbeidet med tenåringer må ta hensyn til at tenårene kan være en sårbar alder. En av dem skrev:

*Jeg tenker at tenåringer har en kropp og et kroppsbilde som er i endring og dermed er mer sårbart. Å få til en omstilling når de i utgangspunktet er i endring psykisk, fysisk og sosialt kan være en utfordring.*

Å få til en omstilling når de er inne i en naturlig endringfase kan altså være en utfordring. Men det kan også være en fordel at de er mere mottakelige for endring da. En annen respondent skrev:

*For tenåringer som nettopp er i voldsom endring både fysisk og psykisk er det jo nettopp et godt verktøy å arbeide med holdningsomstilling. Fordelen med tenåringer er at de ofte er så tilgjengelige for endring. Som oftest har ikke plagene fått feste seg for fast.*

### **Høy drop-out**

En vanlig utfordring i forhold til tenåringer er høy drop-out fra behandlingstimen. Dette har ofte med manglende motivasjon å gjøre. Noen tenåringer kan ha kommet til behandling etter foreldrenes eller legens ønske. Men det kan også ha å gjøre med at noen mangler struktur på hverdagen sin. To av respondentene nevnte at det kan være en utfordring for tenåringer å få tid til behandling på grunn av andre aktiviteter som for eksempel skole. Når tenåringer uteblir fra timen uten å gi beskjed eller ved å gi beskjed samme dag, er dette også en utfordring i forhold til økonomi i privat praksis. En respondent nevnte at vedkommende

hadde god erfaring med å få tenåringens mobilnummer og sende påminnelse om timen på SMS.

Å legge opp til en kortere behandlingsperiode kan i noen tilfeller være hensiktsmessig. En av respondentene skrev:

*Eg synst det kan vere vanskeleg å få dei til å halde ut eit behandlingsforløp. Ofte har dei mange distraksjonar og mange krav. Ofte har eg tenkt at det kan vere nok med ein kortvarig intervensjon. Det kan vere til stor hjelp i ei tid.*

En av respondentene hadde gjort seg en motsatt erfaring i sitt arbeid med tenåringer:

*Utfordringer som jeg har møtt på er at de ikke vil slutte. De kan i en periode gjøre seg avhengig av terapeuten.*

## **4.5.2 Alliansebygging**

### *Etablere tillit*

Å etablere et godt tillitsforhold med tenåringene er svært viktig for å gjøre de trygge i behandlingssituasjonen. Det kan være utfordrende å finne gode måter å gjøre dette på, spesielt overfor tenåringer med skadet integritet og/eller autoritetsangst. En respondent skrev:

*Svært viktig å være lydhør både for verbal og nonverbal kommunikasjon slik at en ikke trækker over deres grenser. Særlig gjelder dette hvis deres integritet er skadet. Det kreves stor grad av årvåkenhet.*

At det kreves mye av terapeuten for å etablere tillit kan understrekes ved følgende utsagn:

*Det kreves høy grad av profesjonell tilstedeværelse og respekt fra terapeuten.*

## *Ha tålmodighet*

Det kan ofte ta lang tid å etablere en god allianse med tenåringer. Å være tålmodig og bruke god tid er forutsetninger for å lykkes med dette. Mens noen tenåringer er veldig åpne om vanskeligheter i livet, så er noen ganske lukket i forhold til dette og trenger lengre tid før de åpner seg. Som en respondent skrev:

*De trenger ofte lengre tid for å åpne seg seg, for å legge av seg den kollektive "tenåringsmasken".*

For disse pasientene blir utfordringen for terapeuten å gå langsomt nok fram. På den måten kan man få de til å åpne seg slik at man får mulighet til å sette de kroppslige problemene deres i sammenheng med deres livsutfordringer.

## *Å "treffe" tenåringer*

Å skape kontakt med tenåringer "der de er", kan være en utfordring for terapeuten. En av respondentene skrev:

*Utfordringen ligger i dialogen synes jeg, møte de der de er og stille de rette spørsmålene - uten at svaret er ladet i spørsmålet.*

En utfordring er å finne en felles arena for kommunikasjon, eller å finne en innfallsport slik at tenåringen tør, kan og/eller vil sette ord på egne erfaringer. Som en av respondentene nevnte finnes det utfordringer i forhold til:

*Relasjonskompetanse og måte å kommunisere med et individ som har vanskelig for å uttrykke seg med annet enn 'ja', 'nei', 'vet ikke'.*

Å tilpasse språket til denne aldersgruppen er viktig. Man bør med andre ord bruke ord og begreper som de forstår. En av respondentene svarte at det er en utfordring at man bør forenkle prinsippene, at man bør forklare psykomotorisk fysioterapi på en "enkel" måte. En annen respondent skrev:

*Dessuten har jeg på følelsen av at det tar lengre tid å få hver og en til å forstå sammenhengen mellom kropp og følelser om en ikke kommuniserer på en god og forenklet måte, og ikke minst får hver og en interessert / motivert.*

For å ha større muligheter til å forstå hvilke problemer tenåringer sliter med og hva som er viktig i deres liv, og for å møte dem på deres premisser, kan det være greit å vite litt om hva tenåringer er opptatt av; innen idrett, klesmote og så videre.

Det kan også være en utfordring å motivere tenåringer. Noen av respondentene nevnte at det å lete frem interesse og nysgjerrighet, og å finne virkemidler som motiverer til å jobbe mot endring, var utfordringer de stod overfor i arbeidet med tenåringer.

### **4.5.3 Forsiktig tilnærming til kroppen**

#### *Kropp og grenser*

Kroppen kan være et sår tema for mange tenåringer. Det er derfor en utfordring å gå forsiktig nok fram og være sensitiv med tanke på pasientens grenser. En respondent skrev:

*En utfordring er varsomhet med tanke på pasientens grenser rundt kroppslig tilnærming. Tenåringer kan lett bli lydige, og miste trygghet i en behandlingssituasjon der kroppen er innfallsvinkel.*

Det ble også understreket at den kroppslige tilnærmingen må gå langsomt, og at man gjerne bruker lite passiv behandling på benk i starten. I forhold til den psykomotoriske undersøkelsen ble det sagt at det er viktig med en anerkjennende tilnærming og ikke en vurderende tilnærming.

#### *Avkledning og berøring*

Tenåringer kan oftere enn voksne være sjenerte for å kle av seg. Forsiktighet må derfor utvises når det gjelder dette. Det er helt ok å la de beholde klærne på ved undersøkelse og behandling. En av respondentene skrev:

*Jeg tenker at man skal være spesielt oppmerksom ved avkledning, berøring / massasje. Viktig å forklare hva man skal gjøre og hvorfor, og ha en forsiktig tilnærming. En del av ungdommene som har gått hos meg har beholdt en del av klærne på under behandlingen.*

Når det gjelder kroppsberøring, er tenårene en alder hvor dette kan være vanskelig, spesielt av terapeut av motsatt kjønn. Dette var noe av det som ble nevnt om berøring:

*Tenårene er generelt en alder der kroppsberøring er ladet og de er ofte anspente i møte med voksne autoriteter.*

*Kan være vanskelig for enkelte med berøring, spesielt av psykomotorisk fysioterapeut med motsatt kjønn.*

*Forsiktig tilnærming til berøring og være observant på sjenanse og sårbarhet. Generelt være en ennå mer sensitiv behandler (enn med voksne pasienter), lydhør og empatisk. Velge sine ord med omhu.*

#### **4.5.4 Fokusere på mestring**

Det er en utfordring å ikke sykkeliggjøre tenåringene og gjøre de unødvendig til ”pasienter”. Man bør heller alminneliggjøre symptomene og fokusere på deres ressurser og opplevelse av mestring. Det ble skrevet følgende:

*At man alminneliggjør og gir innspill som hjelper dem til å se seg selv og sine problemer som noe som ikke nødvendigvis er så ”sykt” eller ”galt”, at det er mer snakk om å merke kroppens signaler og respondere ”smart” / adekvat. Dessuten å fokusere på ressursene de har, dvs. bidra til egen opplevelse av mestring og muligheter, samt å forstå og gi aksept når de ikke orker eller klarer å respondere ”smart” (ikke øve, ikke være fysisk aktiv, trekke seg unna sosialt, ligge på sofaen hele dagen osv.)*

*Behandlingen har særlig gått på å styrke og bevisstgjøre dem på sine ressurser både psykisk og kroppslig.*

Det er en utfordring å ikke bli for spesifikk og fokusere for mye på symptomene, men heller fokusere på mestring og å gi tenåringene verktøy de kan håndtere sine problemer med. Som en av respondentene skrev:

*Er opptatt av at disse får verktøy de forstår og kan mestre fort. Synes mestringaspektet er viktig for disse for det hjelper dem til å få bedre kontroll. Samtale blir da også sentralt. Er vi gode nok og modige nok til å presentere det overordnede målet uten å fokusere for mye på symptom og bli værende i det ytre?*

#### **4.5.5 Familien til tenåringen**

##### *Foreldrene*

Å involvere foreldrene kan være viktig i behandlingen av tenåringer. En av respondentene skrev:

*Jeg inviterer alltid mor eller far med i behandlingen hvis det er ønskelig fra pasienten. God kontakt med foreldre er kjempeviktig.*

Blant annet i forhold til å sikre kontinuitet i behandlingen for tenåringer, må det noen ganger til et tettere samarbeid med foreldrene. Men å få til dette samarbeidet kan av og til være en utfordring.

Det ble nevnt at det er viktig å informere og undervise både tenåringen og foreldrene, men det kan også være utfordrende når man trekker foreldrene inn i behandlingen. For eksempel kan det være utfordrende når foreldrenes forventninger til tenåringens innsats og motivasjon er større enn tenåringens egne forventninger.

##### *Dysfunksjonelle familier*

Det kan også være en utfordring når tenåringen blir symptomfører for en dysfunksjonell familie. To respondenter skrev:

*Hovedutfordring for mitt arbeid er at tenåringene ofte er et symptom på en dysfunksjonell familie i tillegg til eventuelt sitt "eget". Ungdommen blir bæreren av et underliggende problem.*

*Utfordringen er å vurdere i hvilken grad problematikken er individuell eller mer systemisk knyttet til familien barnet lever i. Og når problematikken ser ut til å være et uttrykk for familiens utfordringer, med uttrykk i barnet, hvordan tilnærme seg dette.*

Tenåringenes symptomer kan være et resultat av et forsvar som de trenger for å fortsette å være i de relasjoner som de er i. Det kan også være utfordringer i forhold til at tenåringer ofte er ”avhengige” av foreldrene sine (familiesystemet); de kan ikke ta helt frie valg selv, for eksempel å flytte hjemmefra.

#### **4.5.6 Utfordringer for PMF som metode**

##### *Metoden må tilpasses pasienten*

Det ble av noen nevnt at psykomotorisk fysioterapi har enkelte ”svakheter” i forhold til undersøkelse og behandling av tenåringer. Blant annet at ikke hele ROK-undersøkelsen egner seg for tenåringer som har kompleksitet i forhold til utseendet sitt, eller for tenåringer som er misbrukt eller mishandlet. Det ble nevnt at psykomotorisk fysioterapi har en mangel når det gjelder metode for bearbeidelse av følelser og opplevelser, samt at klassisk PMF med mye passiv behandling og hands-on kan virke passiviserende eller ofte for provoserende.

Men flertallet av respondentene mente at psykomotorisk fysioterapi er godt egnet i arbeid med tenåringer. Det som av flere ble understreket som en forutsetning da, er at metoden må tilpasses til pasienten og ikke omvendt. Som en av respondentene skrev:

*Jeg tenker at første regel er at metoden må tilpasses pasienten og ikke omvendt, ellers oppnår vi bare en instrumentalisering av terapi. Terapi og metode må tilpasses den enkeltes pasients behov og ressurser.*

Videre skrev en annen respondent:

*PMF i ”klassisk / ren” form har sine utfordringer, uansett hvilken aldersgruppe eller i forhold til hvilke mennesker en møter. Det hele handler om hvilket utgangspunkt og ressurser den enkelte har. Ungdomsalderen er en utfordrende fase i livet, hvor kropp og utseende har sterkt fokus. I dette vil mange ha vansker med å kjenne etter egne kroppslige opplevelser og reaksjoner. Dersom tilnærmingen blir for ”inngripende” kan en lettere miste dem. Jeg*

---

*opplever at PMF som metode er et godt verktøy i møte med tenåringer - den er "konkret" og "håndgripen", lett å forklare ... og kanskje også forstå for andre.*

### **Tenke kreativt**

Flere av respondentene skrev at selv om det er viktig å holde fast på det grunnleggende og unike i psykomotorisk fysioterapi, så kan man med fordel tenke kreativt i forhold til tradisjonell PMF når man arbeider med tenåringer. For eksempel kan behandlingsrommet ha sine begrensninger. Alternative behandlingsarenaer kan være på skolen, i en gymsal eller ute i naturen. Det er også viktig at øvelsene gir mening og har en overføringsverdi til dagliglivet for tenåringene. Dette er to av svarene i forhold til dette:

*Ser at i arbeid med tenåringer så handler det mye om å være fleksibel samt at "tradisjonelle" øvelser ikke gir mening eller overføringsverdi i hverdagen for mange og en må bruke fantasien for å tilnærme seg.*

*En kan ikke bruke metoden "slavisk". En må bruke fantasien, øvelser og språket på en tilrettelagt måte slik at de unge forstår og skjønner.*

## **4.5.7 PMF er et lite kjent behandlingstilbud**

### **Lite tverrfaglig samarbeid**

Mange av respondentene skrev at det ofte er vanskelig å få til et godt tverrfaglig samarbeid om tenåringspasienter. I privat praksis kan man lett bli stående alene som fagperson, og det er for eksempel ofte ikke naturlig at psykomotoriske fysioterapeuter blir trekt inn i ansvarsgrupper. At tverrfaglig samarbeid ikke fungerer tilfredsstillende kan ha flere årsaker. Det kan ha med praktiske forhold å gjøre; at det kan være en utfordring å få tid til samarbeid, eller å klare å etablere gode samarbeidsrutiner med andre fagpersoner. Det kan også ha med dårlige samarbeidsrelasjoner til andre å gjøre. Men mest vanlig er det at andre fagpersoner ikke kjenner til psykomotorisk fysioterapi, eller vet lite om hva det er og hva psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra med i behandlingen av tenåringer. Som en respondent skrev:



*Det er fremdeles fremmed for mange at fysioterapi kan ha noe med psyken å gjøre. Kanskje aller mest hos fagfolk i psykiatrien?*

### ***Bli synlige***

En stor utfordring for faget er at psykomotoriske fysioterapeuter må bli mer synlige blant potensielle samarbeidspartnere. Det er en utfordring for hver enkelt psykomotoriske fysioterapeut som går ut på å bli synlig og tydelig i behandlingsteamet rundt tenåringen, og å tørre å ta hovedansvar for behandlingen. Men det er også en utfordring for faggruppen som helhet i forhold til å arbeide med tenåringer. En respondent skrev:

*Utfordringen ligger nok mest i at vi selv som faggruppe ser vår berettigelse i arbeid med tenåringer, og at vi blir mer synlige utad mot leger, skolevesenet, helsesøstre, ja, kort sagt de som har med tenåringer å gjøre. Vi må få fram at vi har en kompetanse som blir mer og mer aktuell i forhold til at "de moderne" symptomene er av mer sammensatt karakter.*

## 5. Diskusjon

### Forskningsspørsmål 1

I mitt første forskningsspørsmål var jeg interessert i å undersøke hvor utbredt det er blant psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide med tenåringer. Svarene fra denne kartleggingsstudien viste at 60,7 % av respondentene hadde tenåringer i undersøkelse og/eller behandling i 2010. Videre viste resultatene at disse respondentene arbeidet med relativt få tenåringer. I gjennomsnitt hadde de ca. syv tenåringer i undersøkelse og/eller behandling på hele året. Over to tredjedeler av respondentene som arbeidet med tenåringer, hadde kun én til fem tenåringer i undersøkelse og/eller behandling. Til sammenlikning arbeidet over halvparten av hele utvalget med mer enn 50 pasienter i alle aldre i 2010. Med andre ord ser det ut til at det er relativt lite utbredt med psykomotorisk fysioterapi til tenåringer, selv om seks av ti respondenter arbeidet med tenåringer. Grunnen til dette kan være at det fra starten av har vært lite tradisjon blant psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide med tenåringer, og at mange derfor også den dag i dag velger å ikke arbeide med denne pasientgruppen.

### Forskningsspørsmål 2

I mitt andre forskningsspørsmål ville jeg undersøke hva som kjennetegner psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider med tenåringer. Denne studien viste at det er flere kvinner enn menn som arbeidet med tenåringer (84,8 % kvinner og 15,2 % menn). Når det gjelder hvor mange prosent av kvinnene og mennene som arbeidet med tenåringer, viste resultatene at 64 % av mennene arbeidet med tenåringer, mens 60,1 % av kvinnene gjorde det. Det var altså en noe større andel blant mennene enn blant kvinnene som arbeidet med tenåringer.

Når det gjelder respondentenes alder, viste resultatene at jo eldre de psykomotoriske fysioterapeutene var, jo større var sjansen for at de arbeidet med tenåringer. For det første var gjennomsnittsalderen for de som arbeidet med tenåringer noe høyere enn for de som ikke arbeidet med tenåringer. Videre arbeidet for eksempel kun 50 % av respondentene i alderen 30-39 år med tenåringer, mens 68,3 % av de i alderen 60-69 år gjorde det.

Det var omtrent like mange som hadde videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi etter ny og gammel ordning blant de som arbeidet med tenåringer i 2010. Men resultatene viste at 70,7 % av de som hadde gammel videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi arbeidet med tenåringer, mens kun 53,6 % av de med ny videreutdanning gjorde det.

Det var en liten overvekt av spesialister i psykomotorisk fysioterapi som arbeidet med tenåringer, i forhold til de som ikke var spesialister (56,2 % spesialister og 43,8 % ikke-spesialister). Innenfor hver av disse gruppene arbeidet ca. 60 % med tenåringer.

Når det gjelder respondentenes arbeidserfaring, var det flest med kort erfaring (0-9 år) som arbeidet med tenåringer. Men sett i forhold til antallet respondenter var tallene annerledes. Blant de med 30-39 års arbeidserfaring arbeidet 76,9 % med tenåringer, mens blant de med 0-9 års arbeidserfaring arbeidet kun 54,8 % med tenåringer.

Det at hele 84,8 % av de som arbeidet med tenåringer i 2010 var kvinner, mens kun 15,2 % var menn, var ikke uventet, da det er en stor overvekt av kvinnelige psykomotoriske fysioterapeuter. Denne prosentfordelingen tilsvarer også omtrent kjønnsfordelingen blant hele utvalget som deltok i studien. Det interessante funnet her er at det var flere blant mennene enn blant kvinnene som arbeidet med tenåringer, selv om forskjellen ikke var statistisk signifikant. Når det gjelder respondentenes alder, var det tydelig at jo eldre de var, jo oftere arbeidet de med tenåringer. Dette tenker jeg kan ha noe med arbeidserfaring og faglig trygghet å gjøre. Jo tryggere man er på at man kan faget sitt godt, jo større er sjansen for at man vil prøve å arbeide med en pasientgruppe som det tradisjonelt ikke blir arbeidet så mye med. Resultatene i studien viste også at det var flest blant de med lang arbeidserfaring som arbeidet med tenåringer. Et annet resultat som støtter opp om at arbeidserfaring kan ha noe å si for om man arbeider med tenåringer eller ikke, er at det var en mye større andel blant de med videreutdanning etter gammel ordning som arbeidet med tenåringer, enn det var blant de med videreutdanning etter ny ordning. Her var forskjellen statistisk signifikant. Det var en liten overvekt av de som var spesialist i psykomotorisk fysioterapi som arbeidet med tenåringer, i forhold til de som ikke var spesialist. Men innenfor disse to gruppene arbeidet omtrent like mange med tenåringer. Man kunne kanskje forvente at spesialister jobbet mer med tenåringer enn de som ikke er spesialister, ettersom de gjerne har lengre

arbeidserfaring. Men i teorien kan en som ikke er spesialist ha lengre arbeidserfaring enn en som er spesialist.

### Forsknings spørsmål 3

I mitt tredje forskningsspørsmål ville jeg undersøke hva som er de vanligste grunnene til at tenåringer går til psykomotorisk fysioterapi. Respondentene oppga hva tenåringer selv hadde sagt var hovedgrunnen for at de ønsket time og/eller ble henvist til time hos dem. Hodepine ble oppgitt som den vanligste grunnen, etterfulgt av muskel- og skjelettplager. Uspesifiserte kroppslige symptomer var den fjerde vanligste grunnen til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi. Funnene i denne undersøkelsen stemmer bra overens med det jeg skrev i kapittel 2 om psykosomatiske lidelser. Der henvises det til forskning som viser at det er vanlig for ungdom å ha kroniske eller tilbakevendende kroppslige symptomer uten påvisbar organisk årsak, som for eksempel hodepine eller muskel- og skjelettplager (vondt i ryggen, armene eller beina).

Når det gjelder de psykiske lidelsene, så var angst den tredje vanligste grunnen til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi, mens depresjon var den femte vanligste grunnen. Også spiseforstyrrelser og ADHD var relativt vanlige grunner til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi.

Som nevnt i kapittel 2, er angst og depresjon de hyppigste psykiske lidelsene hos ungdom. Angst- og depresjonssymptomer er dessuten nesten like vanlige etter puberteten. I denne studien var både angst og depresjon blant de vanligste grunnene til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi, men angst ble oppgitt nesten dobbelt så ofte som depresjon.

Det ble også nevnt i kapittel 2 at atferdsforstyrrelser og utviklingsforstyrrelser som ADHD er omtrent like vanlig som emosjonelle forstyrrelser (angst og depresjon) før puberteten, mens etter puberteten dobles forekomsten av de emosjonelle forstyrrelsene og atferdsforstyrrelsene reduseres. Resultatene i denne undersøkelsen viste også denne tendensen, ettersom angst og depresjon var langt vanligere blant tenåringene enn atferdsforstyrrelser og ADHD. Det må understrekes at denne kartleggingsstudien ikke er en nøyaktig undersøkelse av forekomsten

av diagnoser, og forbehold om sammenligning av tallene må tas ettersom puberteten kan inntre ved svært ulik alder.

Alvorlige spiseforstyrrelser er som nevnt i teorikapittelet noe som utvikles av ca. èn prosent av alle ungdommer. I denne studien ble spiseforstyrrelser nevnt som en relativt hyppig grunn til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi. Hovedårsaken til dette tenker jeg kan ha å gjøre med at kroppen er så sentral i disse lidelsene, slik at psykomotorisk fysioterapi er meget relevant i arbeidet med disse tenåringene. Grunnen til de relative høye tallene for spiseforstyrrelser i denne undersøkelsen, kan ha å gjøre med at også tenåringer med lettere problemer knyttet til kropp og spising, i tillegg til de med alvorlige spiseforstyrrelser, går til psykomotorisk fysioterapi.

Det ble også nevnt i teorikapittelet, at psykiske lidelser kan øke risikoen for fysisk sykdom, og de kan påvirke forløpet av kroppslige helseplager i negativ retning. På den andre siden kan det være motsatt, da en nyere studie viser at tenåringer som har kroppslige smerter har økt risiko for å få psykiske problemer som for eksempel angst og depresjon senere i livet. Spørsmålet om tenåringer som går til psykomotorisk fysioterapi har plager som er ”fysiske” eller ”psykiske”, og hva som eventuelt kommer først, tror jeg på mange måter er irrelevant for psykomotoriske fysioterapeuter. Som tidligere nevnt er psykomotorisk fysioterapi et fagfelt som bygger på et helhetsperspektiv hvor man ikke opererer med skarpe skiller mellom følelsesmessige, psykologiske og kroppslige reaksjoner. Man ser istedet på psyke og soma som uatskillelige enheter. Det er et fagfelt som er bygget på en fenomenologisk kroppsforståelse, hvor kroppen sees på som erfaringssentrum og bærer av vår historie. I psykomotorisk fysioterapi er det derfor kroppen som er innfallsporten i behandlingen, men man ser på kroppslige plager og spenninger i sammenheng med hvordan tenåringen har det, og har hatt det, ellers i livet sitt.

#### Forskningsspørsmål 4

I dette forskningsspørsmålet var jeg interessert i å få fram respondentenes erfaringer om psykomotorisk fysioterapi kan ha bidratt til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv. Under punkt 2.3.3 presenterte jeg Antonovskys begrep *opplevelse av sammenheng (OAS)*, som er en teori om hvorfor noen mennesker mestrer stressfaktorer på en god måte. Det

finnes tre komponenter i OAS; tilværelsen må oppleves som 1) begripelig, 2) håndterbar og 3) meningsfull.

Mange av resultatene jeg fikk i denne undersøkelsen kan passe inn under komponentene i begrepet OAS. For det første, det som de fleste av respondentene trakk fram som psykomotorisk fysioterapi sitt viktigste bidrag for at tenåringer skal kunne mestre livet sitt bedre, var at tenåringene fikk økt forståelse av sine plager. Dette mener jeg har med komponenten *begripelighet* å gjøre. For mange tenåringer kan det være vanskelig å forstå sammenhengen mellom sine kroppslige symptomer og sine erfaringer, tanker og følelser. Grunnen til det tenker jeg kan være at ungdomsårene en periode hvor det skjer store psykologiske og biologiske endringer, og at det derfor kan være vanskelig å vite hva det er som gjør at de føler seg som de gjør. En annen grunn kan være at tenåringer er unge mennesker og derfor i noen tilfeller for uerfarne til å klare å se sammenhengen mellom sitt levde liv og sin kropp og psyke, men dette kan nok være vanskelig også for voksne folk med lengre livserfaring.

For at behandlingen skal kunne bidra til å hjelpe tenåringer til å klare å mestre sitt eget liv, trakk mange av respondentene fram viktigheten av at tenåringene blir sett og hørt, og møtt med anerkjennelse og bekreftelse. Videre trakk mange fram at det å ha en kroppslig tilnærming i tillegg til samtale, til tenåringene, hadde mange fordeler sammenliknet med kun samtaleterapi. Å ha kroppen som innfallsport i behandlingen, kan både lettere åpne opp for samtaletemaer og gjøre det lettere å få tak i kroppslige erfaringer. Alt dette tenker jeg kan være viktige forutsetninger for at tenåringene skal kunne få satt ord på sine tanker og følelser, slik at de kan få hjelp til å se og forstå sin egen situasjon. Tilværelsen kan da oppleves som mer begripelig.

Å få økt forståelse for sine plager kan også påvirke tenåringers opplevelse av *håndterbarhet*. Som tidligere nevnt kan det å få satt sine plager inn i en forståelig og naturlig sammenheng, være med og avdramatisere og naturliggjøre situasjonen til tenåringen, og dermed bidra til at livet deres oppleves mer håndterbart.

At tenåringer blir tryggere på sine egne grenser, og bedre på å sette grenser overfor seg selv og andre, tenker jeg også har med opplevelse av *håndterbarhet* å gjøre. Svært mange av respondentene trakk fram at de hadde erfaring med at psykomotorisk fysioterapi hadde

bidratt til dette, og at det var viktig for at tenåringer skulle kunne mestre sine egne liv bedre. For tenåringer tenker jeg at det er viktig å bli kjent med seg selv og sine egne behov og ønsker, i en periode i livet hvor dette kan være utfordrende for mange. Ungdomstiden er også en tid med stort press på mange unge; de opplever store krav, påvirkninger og forventninger fra mange ulike hold, og da blir grensesetting spesielt viktig.

*Håndterbarhet* har, som det står i definisjonen av OAS, også å gjøre med i hvilken utstrekning man oppfatter at det står tilstrekkelige ressurser til sin rådighet for at man skal klare de krav man blir stilt overfor i livet. Et sentralt funn i denne studien er at mange respondenter trakk fram betydningen av den nære relasjonen mellom seg selv og tenåringen som et viktig utgangspunkt for at behandlingen kan føre til mestring. Å etablere en trygg og tillitsfull arbeidsallianse tenker jeg først og fremst er viktig for at tenåringen skal kunne stole nok på terapeuten til å tørre å åpne seg slik at viktige ting kommer fram i behandlingen. Men det kan også være viktig at tenåringen ser på terapeuten sin som en alliert, eller som en ”ressurs som står til sin rådighet”, noe som gjør at tenåringen kan oppleve tilværelsen mer håndterbar.

Flere av respondentene hadde erfaringer med at psykomotorisk fysioterapi på forskjellige måter hadde bidratt til å gjøre tenåringer tryggere på seg selv. De hadde blant annet erfart at tenåringer hadde fått større kroppslig trygghet gjennom å arbeide med stressmestring, kroppslig forankring, respirasjon, kroppsbevissthet og kroppskontakt. Å arbeide med dette tenker jeg kan være med på å gi tenåringer større opplevelse av *håndterbarhet* av tilværelsen. Det kan for eksempel være konkrete øvelser de kan bruke for å mestre vanskelige situasjoner, og som kan gi dem en følelse av kontroll. I dagens samfunn er det også et stort fokus på den ”perfekte” kroppen, noe som kanskje spesielt for tenåringer kan være belastende. Å bli tryggere på sin egen kropp tenker jeg generelt vil være viktig for mange tenåringer, siden kroppen er sentral for deres identitetsdannelse og selvfølelse. For tenåringer som sliter med spiseforstyrrelser, kan dette kanskje være helt avgjørende, da disse personene vanligvis har en forstyrret kroppsoppfatning.

Respondentene hadde erfaringer med at tenåringer hadde fått økt selvtillit og økt mestringevne i sosiale sammenhenger, etter å ha gått til psykomotorisk fysioterapi. Dette tenker jeg kan ha vært med på å gjøre deres opplevelse av tilværelsen mer *meningsfull*.

Etterhvert som selvtilliten og mestringsevnen til tenåringene øker, vil de kanskje kunne bli mere motiverte og se på problemene og kravene som møter dem som utfordringer i stedet for byrder.

### Forskningsspørsmål 5

I det siste forskningsspørsmålet ville jeg få fram om respondentene hadde noen tanker om psykomotorisk fysioterapi har spesielle utfordringer når det gjelder arbeid med tenåringer. Resultatene viste at tenåringer er en pasientgruppe det kan være utfordrende å arbeide med.

For det første kan tenårene være en utfordrende alder både for pasientene selv og for terapeutene. Det kan være utfordringer knyttet til at tenåringer er unge mennesker som ofte har liten livserfaring, og at noen derfor ikke er modne nok til å gå inn i en endringsprosess. Videre ble det skrevet at enkelte tenåringer kan ha liten refleksjonsevne, noe som kan gjøre kommunikasjonen med dem ekstra utfordrende. Som en av respondentene sa, vil tenåringenes alder spille inn, da det ofte kan være lettest å reflektere sammen med de eldste tenåringene. Jeg tenker at det er med tenåringer som med godt voksne mennesker, at det er veldig individuelt hvilke ressurser den enkelte har. Så tenåringer kan godt være modne og reflekterte nok for psykomotorisk fysioterapi, noe som også en av respondentene hadde erfaring med at tenåringer er.

En utfordring som mange av respondentene hadde opplevd, var at mange tenåringer har høy drop-out fra behandlingstimen. Manglende motivasjon, manglende struktur på hverdagen sin, eller vanskelig å få tid til behandling på grunn av andre aktiviteter, ble nevnt som mulige grunner til dette. Det ble foreslått følgende tiltak for å redusere den høye drop-outen; å sende tenåringene påminnelse om timeavtalen på SMS, og å legge opp til et kortere behandlingsforløp. Å sende SMS-påminnelse tenker jeg er en god måte å øke oppmøtet på. Å legge opp til et kortere behandlingsforløp, kan kanskje fungere bra for noen, men det er noe som må vurderes individuelt.

Tenårene kan også for mange være en sårbar alder, og det er viktig for terapeuten å ta hensyn til det. For eksempel kan kroppen være et sårbart tema for tenåringer, da kropp og utseende ofte har sterkt fokus i denne alderen. Mange tenåringer kan være sjenerte for å kle av seg, og



berøring kan også oppleves som vanskelig, spesielt av terapeut av motsatt kjønn. Det er derfor viktig at terapeuten har en varsom og sensitiv tilnærming til tenåringen med tanke på vedkommendes grenser. Dette tenker jeg skal gjelde alle pasienter i alle aldre, men man bør være ekstra oppmerksom på dette overfor tenåringer.

Når man tilnærmer seg tenåringer bør man bruke god tid for å etablere et godt tillitsforhold til dem. Det er viktig for å gjøre de trygge i behandlingssituasjonen, og noen tenåringer trenger lang tid på å bli trygge nok til å tørre å åpne seg. For å klare dette kreves det tålmodighet og høy grad av profesjonell tilstedeværelse av terapeuten. Ettersom det er en aldersforskjell mellom terapeuter og tenåringer, og i mange tilfeller er denne aldersforskjellen stor, kan det være utfordrende for terapeuter å møte tenåringene ”der de er”. Man bør prøve å finne en felles arena for kommunikasjon, og det krever gjerne at man er litt oppdatert på hva tenåringer generelt er opptatt av, og at man tilpasser språket til aldersgruppen. Det er spesielt viktig å bruke ord og begreper som tenåringer forstår, og gjerne forenkle de psykomotoriske prinsippene for dem. Å motivere tenåringer kan også være vanskelig, og det er utfordrende for terapeuten å lete frem interesse og nysgjerrighet og å finne virkemidler som motiverer dem til å jobbe mot endring. Det kreves med andre ord stor grad av kommunikasjons- og relasjonskompetanse av terapeuten å arbeide med tenåringer. Dette tenker jeg igjen er noe som bør gjelde i forhold til alle pasienter, men tenåringer er i en alder hvor det blir stilt ekstra krav til terapeuten i forhold til kommunikasjons- og relasjonskompetanse, tålmodighet og profesjonell tilstedeværelse.

Flertallet av respondentene svarte at psykomotorisk fysioterapi er en god behandlingsmetode når man arbeider med tenåringer, men metoden kan også ha sine svakheter og utfordringer. Noen av respondentene skrev at ikke hele ROK-undersøkelsen egner seg for tenåringer som har komplekser i forhold til utseendet sitt, eller for tenåringer som er misbrukt eller mishandlet. Noen skrev at psykomotorisk fysioterapi har en mangel når det gjelder metode for bearbeidelse av følelser og opplevelser, og noen skrev at klassisk PMF med mye passiv behandling og hands-on kan virke for passiviserende eller ofte for provoserende. En meget viktig forutsetning når man arbeider med tenåringer er at man tilpasser metoden til pasienten og ikke omvendt. Det vil si at man tilpasser undersøkelsen og behandlingen til den enkelte tenårings utgangspunkt, behov og ressurser. Noe annet som også ble nevnt som viktig for psykomotorisk fysioterapi som metode, er at man gjerne kan tenke kreativt når man arbeider

med tenåringer. Selv om det er viktig å holde fast på det grunnleggende i psykomotorisk fysioterapi, kan man med fordel bruke fantasien i forhold til valg av behandlingsarena, øvelser og måten man bruker språket på, slik at terapien gir mening og overføringsverdi til dagliglivet. At man tilpasser metoden slik at psykomotorisk fysioterapi blir forståelig og gir mening, tror jeg er vesentlig for at tenåringene skal få utbytte av behandlingen, og for at de skal holde motivasjonen oppe. I denne studien har jeg ikke konsentrert meg om én spesiell metode, men alle metoder og tilnærminger som brukes innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Jeg tenker at uansett hvilke metoder eller tilnærminger som brukes, så må man tilpasse de til hver enkelt tenåring. Psykomotorisk fysioterapi har opp gjennom årene vært mest brukt for voksne pasienter, så det er også en grunn til at man bør gjøre spesielle tilpasninger av metoden(e) når man arbeider med tenåringer.

Som nevnt i kapittel 2, står det i *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse* at hvis barn og unge utvikler psykiske problemer er det viktig å opprettholde et mestrings- og et såkalt normalperspektiv for å hindre unødig sykeliggjøring. Der står det også at man må unngå å fokusere på problemet, symptomene eller teoriene, men heller sette personen med dens muligheter og håp, i fokus. Dette er også en utfordring som respondentene i denne studien påpekte; å ikke sykeliggjøre tenåringene og gjøre de unødvendig til ”pasienter”, men heller alminneliggjøre symptomene deres og fokusere på deres ressurser og opplevelse av mestring. I forhold til mestring er dette helt sentralt. Samtidig tenker jeg det er en balansegang mellom å alminneliggjøre plagene og fokusere på ressurser og muligheter, og det å være medfølende og bekreftende og ta på alvor at de virkelig *har* plager. Jeg tror forøvrig at det er mulig å ta tenåringens plager på alvor, samtidig som man fokuserer på mestring, og dermed unngår sykeliggjøring av pasienten.

I arbeid med tenåringer kan det være viktig å involvere foreldrene i behandlingen. Å få til dette kan være en utfordring. Det kan for eksempel være at foreldrenes forventninger til tenåringens innsats og motivasjon er større enn tenåringens egne forventninger. Hvis man mistenker at dette er tilfelle, bør man kanskje tematisere dette både for tenåringen og for foreldrene. Mer alvorlige utfordringer kan det være når tenåringen lever i en dysfunksjonell familie. Da kan tenåringen være symptombærer for den dysfunksjonelle familien som er det underliggende problemet. Utfordringen for psykomotoriske fysioterapeuter er å vurdere i hvilken grad problematikken er individuell eller mer systemisk knyttet til familien

tenåringen lever i. Og hvis problematikken ser ut til å være et uttrykk for familiens utfordringer med uttrykk i barnet, hvordan man skal tilnærme seg dette. Hvorvidt problematikken er individuell eller systemisk tilknyttet familien, må man kanskje i noen tilfeller kontakte andre med kjennskap til tenåringen og familien for å finne ut av. Hvordan man skal tilnærme seg problematikken hvis "årsaken" er en dysfunksjonell familie, er vanskelig å si, men også her vil kanskje et samarbeid med andre instanser være klokt. Uansett tenker jeg det er sentralt for behandlingen å få klarhet i dette. Også i forhold til risiko- og beskyttelsesfaktorer for psykiske vansker vil det være viktig. Som nevnt i punkt 2.3.2, vil barn og unge ha større risiko for å utvikle psykiske vansker i familier hvor foreldrene har store belastninger som rammer flere områder i livet, eller som varer over lang tid. Videre i punkt 2.3.3 står det at det å vokse opp med ressurssterke foreldre med en varm, støttende og konsekvent oppdragelsesstil, og å få god støtte fra familie og venner i belastende perioder, kan være beskyttende faktorer mot å utvikle psykiske vansker.

Tilslutt viste respondentenes svar i denne studien at psykomotorisk fysioterapi har en utfordring i forhold til at det er vanskelig å få til et tverrfaglig samarbeid om tenåringspasientene. Hovedgrunnen til dette er at psykomotorisk fysioterapi er et lite kjent behandlingstilbud blant andre fagpersoner. Enten så kjenner de ikke til psykomotorisk fysioterapi, eller så vet de lite om hva det er og hva psykomotoriske fysioterapeuter kan bidra med i behandlingen av tenåringer. Her er det en stor utfordring for både hver enkelt psykomotoriske fysioterapeut og for faget som helhet; å se at psykomotorisk fysioterapi innehar en viktig kompetanse i arbeid med tenåringer, og å bli mer synlige utad mot andre potensielle samarbeidspartnere. Kanskje er dette viktig også for fagets framtid?

## 6. Konklusjon

For det første ville jeg undersøke hvor utbredt det er blant psykomotoriske fysioterapeuter å arbeide med tenåringer. Svarene viste at seks av ti respondenter arbeidet med tenåringer i 2010. Men disse hadde relativt få tenåringer til undersøkelse og/eller behandling, i gjennomsnitt syv i løpet av hele året.

For det andre ville jeg undersøke hva som kjennetegner psykomotoriske fysioterapeuter som arbeider med tenåringer. Denne undersøkelsen viste at det var langt flere kvinner enn menn som arbeidet med tenåringer. Grunnen til dette er at det var mange flere kvinnelige enn mannlige respondenter. Faktisk var det en noe høyere prosentandel blant de mannlige fysioterapeutene som arbeidet med tenåringer, enn blant de kvinnelige. I forhold til fysioterapeutenes alder, var funnene at jo eldre de var, jo større var sjansen for at de arbeidet med tenåringer. Det var mange flere blant de i alderen fra 60-69 år (68,3 %) som arbeidet med tenåringer, enn blant de i alderen 30-39 år (50 %). Videre viste undersøkelsen at det var omtrent like mange med videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi etter gammel og ny ordning som arbeidet med tenåringer. Men innen den gruppen som hadde videreutdanning etter gammel ordning, var det langt flere som arbeidet med tenåringer (70,7 %), enn innen den gruppen som hadde videreutdanning etter ny ordning (53,6 %). Her var forskjellen statistisk signifikant. Det var en liten overvekt av spesialister i psykomotorisk fysioterapi som arbeidet med tenåringer, i forhold til de som ikke var spesialister. Ser man på disse to gruppene hver for seg, var det en tilnærmet like stor prosentandel i hver gruppe som arbeidet med tenåringer (ca. 60 %). Tilslutt viste undersøkelsen at det var flest med kort arbeidserfaring (0-9 år) som arbeidet med tenåringer. Men ser man på prosentandelen innen hver aldersgruppe, arbeidet 76,9 % av de med 30-39 års arbeidserfaring med tenåringer, mens 54,8 % av de med 0-9 års arbeidserfaring gjorde det.

For det tredje ville jeg undersøke hva som var de vanligste grunnene til at tenåringer gikk til psykomotorisk fysioterapi. Svarene viste at hodepine var den vanligste grunnen, etterfulgt av muskel- og skjelettplager, angst, uspesifiserte kroppslige symptomer, depresjon, utmattelse, anspenhet/spenninger, spiseforstyrrelser, pusteproblemer, uro, ADHD, stress, magesmerter,

traumatiske opplevelser, stemmeproblematikk, skoleproblemer, kroppsbildeforstyrrelser, søvnproblemer, psykososiale vansker, svimmelhet, og 'andre grunner'.

For det fjerde ønsket jeg å undersøke om psykomotorisk fysioterapi kan bidra til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv. Respondentene hadde mange erfaringer om dette. Svarene deres viste at de gjennom psykomotorisk fysioterapi kan bidra til tenåringers mestring av eget liv ved å: ha en nær arbeidsallianse over tid med tenåringer; møte tenåringer med anerkjennelse og bekreftelse; ha en kroppslig tilnærming til tenåringenes plager; gi tenåringer økt forståelse av sine plager; gjøre tenåringer tryggere på sine egne grenser; gi tenåringer større kroppslig trygghet; og gi de økt selvtillit og økt mestring i sosiale sammenhenger. I diskusjonskapittelet drøftet jeg på hvilken måte dette kan passe inn i Antonovskys teori om *opplevelse av sammenheng (OAS)*. Kort oppsummert vil psykomotorisk fysioterapi gjennom nevnte momenter kunne bidra til at tilværelsen kan oppleves mer begripelig, håndterbar og meningsfull for tenåringspasientene.

Tilslutt ønsket jeg å undersøke om respondentene hadde noen tanker om psykomotorisk fysioterapi har noen spesielle utfordringer når det gjelder arbeid med tenåringer. Svarene deres viste at det er mange utfordringer for faget. Det kan være utfordringer i forhold til; lite modenhet og refleksjonsevne hos tenåringer; høy drop-out fra behandlingstimer; alliansebygging (å etablere tillit, å ha tålmodighet og å "treffe" tenåringer); ha en forsiktig nok tilnærming til kroppen; å fokusere på mestring istedenfor å sykeliggjøre pasienten; å samarbeide med foreldrene til tenåringene; å tilpasse metoden til tenåringer; og at psykomotorisk fysioterapi er et lite kjent behandlingstilbud blant potensielle samarbeidspartnere.

### Konsekvenser for praksis

Spørsmålet er om disse forskningsresultatene kan brukes videre og eventuelt hvordan. Først av alt håper jeg denne studien kan bidra til å vekke interessen hos psykomotoriske fysioterapeuter for å arbeide med tenåringer. Det at undersøkelsen viste at det er lite utbredt å arbeide med tenåringer, håper jeg vil kunne motivere psykomotoriske fysioterapeuter til å arbeide mer med denne pasientgruppen. Spesielt de yngste fysioterapeutene, de som har kortest arbeidserfaring og de som har videreutdanning etter ny ordning, håper jeg kan få lyst

til å ta inn flere tenåringspasienter i sin praksis. Kanskje kan videreutdanningsinstitusjonene prioritere mer undervisning om tenåringspasienter i fremtiden? Undersøkelsen viste videre hva som er vanlige grunner til at tenåringer går til psykomotorisk fysioterapi, og at det kan være mange utfordringer i arbeid med tenåringer. Jeg håper at disse resultatene kan være med og gi de fysioterapeutene som har lite erfaring i å arbeide med tenåringer et bedre grunnlag for å arbeide med dem. Samtidig håper jeg at resultatene kan være med på å bidra til økt refleksjon og diskusjon rundt hvordan det er å arbeide med tenåringer, og at resultatene kan bidra i arbeidet med å videreutvikle fagområdet psykomotorisk fysioterapi til tenåringer.

At psykomotorisk fysioterapi kan bidra til at tenåringer kan mestre sitt eget liv bedre, håper jeg er noe mange psykomotoriske fysioterapeuter vil legge vekt på når de arbeider med tenåringer. Selv om undersøkelsen viste at det er en utfordring for noen å fokusere på mestring istedenfor å sykeliggjøre tenåringer, så viste undersøkelsen også at det er mange måter psykomotorisk fysioterapi kan bidra til mestring på. Jeg håper dette kan komme til nytte for mange fysioterapeuter og tenåringspasienter.

### Implikasjoner for psykisk helsearbeid

Behandling og forebygging av barn og unges psykiske helse er et satsingsområde hos myndighetene, og deres mestringsevne står sentralt i dette arbeidet. *Opplevelse av sammenheng (OAS)* er en mestringsteori som brukes innen psykisk helsearbeid. Denne studien viste at psykomotorisk fysioterapi kan bidra til at tenåringer kan mestre livene sine bedre, og at mange av resultatene i undersøkelsen kan passe inn under komponentene i begrepet OAS. Jeg håper derfor at det, blant annet på bakgrunn av resultatene i denne studien, kan bli mer naturlig å trekke inn psykomotoriske fysioterapeuter i arbeidet med tenåringer og deres mestringsevne i fremtiden.

Resultatene fra denne undersøkelsen viste dessuten at mange tenåringer som går til psykomotorisk fysioterapi har psykiske plager eller lidelser som for eksempel angst, depresjon, spiseforstyrrelser og ADHD. Studien peker også på at det hos tenåringer ofte er en sammenheng mellom psykiske og kroppslige plager. Psykomotorisk fysioterapi baserer seg på en forståelse av at psykiske, fysiske og sosiale forhold påvirker hverandre. Dette går

igjen i psykisk helsearbeid som inkluderer både det fysiske og det psykiske aspektet når det gjelder helse. Psykomotoriske fysioterapeuter ivaretar begge disse aspektene i sitt virke; for det første har de en grunnleggende kompetanse om kroppen, og i tillegg har de en spesialkompetanse på samspillet mellom kropp, psyke og følelser. I psykisk helsearbeid vektlegges viktigheten av et tverrfaglig samarbeid når det gjelder å fremme helse og å redusere konsekvensene av psykisk uhelse, sykdom og lidelse. Jeg håper derfor at jeg ved denne studien både kan inspirere psykomotoriske fysioterapeuter til å involvere seg i tverrfaglig samarbeid om tenåringer med psykiske plager, og også å vise de som tradisjonelt driver innen psykisk helsearbeid at psykomotorisk fysioterapi kan være en viktig bidragsyter i arbeidet med denne pasientgruppen.

#### Forslag til videre forskning

Innen psykisk helsearbeid er det som nevnt viktig å samarbeide med brukerne, som i denne sammenhengen er tenåringer. For å få bedre kunnskap om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer, kreves det innsikt i hvordan deres livsverden er. Spørsmålet blir da hvordan *tenåringene selv* opplever å gå til psykomotorisk fysioterapi, og kvalitative studier vil være nyttig for å undersøke dette. Det kan for eksempel være aktuelt å forske på tenåringers egen opplevelse av mestring, enten i forhold til begrepet OAS, eller i forhold til andre mestringsteorier.

## Referanseliste

- Antonovsky, A., & Lev, A. (2000). *Helbredets mysterium: At tåle stress og forblive rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Brage S., & Thune O. (2009). *Medisinske årsaker til uførhet i alderen 25-39 år*. Arbeids- og velferdsdirektoratet, Arbeid og Velferd; (1): 43-9. Lokalisert på <http://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Analyser/Arbeid+og+velferd>
- Bunkan, B. H. (2008). *Kropp, respirasjon og kroppsbilde: Teori og helsefremmende behandling* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Chitkara, D. K., Rawat, D. J., & Talley, N. J. (2005). The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in western countries: A systematic review. *American Journal of Gastroenterology*, 100, 1868-1875. doi: 10.1111/j.1572-0241.2005.41893.x
- Ellefsen, B. (1998). Triangulering – eller hvorfor og hvordan kombinere metoder? I M. Lorensen (Red.), *Spørsmålet bestemmer metoden: Forskningsmetoder i sykepleie og andre helsefag* (s. 267-288). Oslo: Universitetsforl.
- Elstad, J. I. (2010). Spørreskjemaundersøkelsens fallgruber. I D. Album, M. N. Hansen & K. Widerberg (Red.), *Metodene våre: Eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning* (s. 155-169). Oslo: Universitetsforl.
- Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt: En innføring i klinisk forskning* (2. utg.). Oslo: Tano Aschehoug.
- Gretland, A. (2007). *Den relasjonelle kroppen: Fysioterapi i psykisk helsearbeid*. Bergen: Fagbokforl.
- Haraldsen, G. (1999). *Spørreskjemametodikk: Etter kokebokmetoden*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Helland, M. J., & Mathiesen, K. S. (2009). *13-15-åringer fra vanlige familier i Norge: Hverdagsliv og psykisk helse*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2009:1.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap* (7. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Helsedepartementet, & Sosial- og helsedirektoratet. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse: Sammen om psykisk helse*. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/bro/2003/0004/ddd/pdfv/187063-s.pdf>



- 
- Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare* (3rd ed.). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Hummelvoll, J. K. (2010a). *Noen holdepunkter ved konstruksjon av spørreskjema*. [Utdelte forelesningsnotater]. Elverum: Høgskolen i Hedmark.
- Hummelvoll, J. K. (2010b). *Paradigmebegrepet og vitenskapssyn*. [Utdelte forelesningsnotater]. Hamar: Høgskolen i Hedmark.
- Høgskolen i Hedmark. (2011). *Studieplan for Master i psykisk helsearbeid*. Lokalisert på <http://www.hihm.no/content/view/full/31238>
- Kirkpatrick, L. A., & Feeney, B. C. (2011). *A Simple Guide to IBM SPSS Statistics: For Versions 18.0 & 19.0*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Kringlen, E. (2011). *Psykiatri* (10. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lien, L., Green K., Thoresen M., & Bjertness, E. (2011). Pain complaints as risk factor for mental distress: A three-year follow-up study. *European Child & Adolescent Psychiatry Volume 20*, Number 10, 509-516. doi: 10.1007/s00787-011-0211-3
- Major, E. F., Dalgard, O. S., Mathisen, K. S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. E. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*. Folkehelseinstituttet. Rapport 2011:1.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (2. utg.). Oslo: Universitetsforl.
- Mathiesen, K. S., Karevold, E., & Knudsen, A. K. (2009). *Psykiske lidelser blant barn og unge i Norge*. Folkehelseinstituttet.
- Myklestad, I., Røysamb E., & Tambs K. (2011). Risk and protective factors for psychological distress among adolescents: A family study in the Nord-Trøndelag Health Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1-12. doi: 10.1007/s00127-011-0380-x
- Petersen, S., Brulin, C., & Bergstrøm, E. (2006). Recurrent pain symptoms in young schoolchildren are ofte multiple. *Pain*, 121, 145-150. doi: 10.1016/j.pain.2005.12.017
- Polanczyk, G., de Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 2007. 164(6): p. 942-948. doi: 10.1176/appi.ajp.164.6.942

- Råheim, M. (2003). Kroppsfenomenologi: Innsikt relevant for klinisk praksis. *Fysioterapeuten*, nr. 1. 14-18.
- Smedbråten, B. K., Råheim, M., & Heiberg, E. (2003). "Alle musklene og tankene roet seg...": Et kroppsfenomenologisk perspektiv som kilde til innsikt i unges livsverden. *Fysioterapeuten*, nr. 6. 25-30.
- Sosial- og helsedepartementet. (1998). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*. St.prp. nr. 63, 1997-98. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>
- Statistisk sentralbyrå. (2004). *Råd for utvikling og utforming av webskjema: Versjon 1.1*. Oslo: SSB.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden. (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*. Vård i Norden, 4.
- Thornquist, E. (2000). Anspenhet og atferdsvansker: En kasuistikk. *Fysioterapeuten*, 67 (4): 20-5.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag*. Bergen: Fagbokforl.
- Thornquist, E., & Bunkan, B. H. (1986). *Hva er psykomotorisk behandling?* Oslo: Universitetsforl.
- World Health Organization (2004a). *Prevention Of Mental Disorders: Effective Interventions And Policy Options*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2004b). *Promoting Mental Health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2010). *Mental health: Strengthening our response*. Fact sheet No 220. Geneva: World Health Organization.

## 7. VEDLEGG

### 7.1 Vedlegg 1: Informasjonsskriv

#### ***Invitasjon til deltakelse i min mastergradsstudie om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer***

Jeg heter Bjørn Erik Opaas, er psykomotorisk fysioterapeut og for tiden mastergradsstudent i psykisk helsearbeid 2. år ved Høgskolen i Hedmark. Min veileder er Kari Kvaal, førsteamanuensis, dr. philos.

I min mastergradsoppgave har jeg valgt å gjøre en kartlegging om psykomotorisk fysioterapi til tenåringer. Med psykomotorisk fysioterapi menes ulike metoder og tilnærminger innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Hensikten er å få økt kunnskap om temaet.

For å samle data til studien, sender jeg nå ut et lettutfylt elektronisk spørreskjema til alle psykomotoriske fysioterapeuter som er registrert på [www.fysio.no](http://www.fysio.no) under "Finn psykomotoriker" og "Finn spesialist – psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi".

Spørreskjemaet har 15 spørsmål og tar ca. 15 minutter å besvare.

Jeg ønsker at også de som ikke jobbet med tenåringer i 2010, besvarer første del av spørreskjemaet (dette tar ca. 5 minutter).

Seniorforsker dr. philos Berit H. Bunkan og førstelektor Kirsten Ekerholt, begge Høgskolen i Oslo, har gitt innspill og kommentarer underveis i utviklingen av spørreskjemaet.

Jeg håper at resultatene av studien kan bidra til å gi kunnskaper om fagfeltet, og at denne studien også kan være et utgangspunkt og en inspirasjon for mere forskning omkring temaet. Studien vil bli lagt ut på Høgskolen i Hedmarks åpne forskningsarkiv (<http://brage.bibsys.no/hhe/>).

Det er frivillig å delta i undersøkelsen og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Det benyttes QuestBack for innsamling av opplysninger. "Skjult identitet" betyr at det i innsamlingsperioden vil være en kobling mellom din e-postadresse og dine avgitte svar. Senest ved prosjektslutt 12.08.2011 vil datamaterialet anonymiseres ved at e-postadressene blir slettet.

Studien er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), og er delvis finansiert med stipend fra Fond til etter- og videreutdanning av fysioterapeuter.

Er det noe du lurer på i forhold til spørreundersøkelsen er du velkommen til å ta kontakt med meg. Jeg er takknemlig hvis du tar deg tid til å besvare spørreskjemaet innen 30.05.2011.

Med vennlig hilsen

Bjørn Erik Opaas

Kontaktinformasjon:

E-post: [beopaas@hotmail.com](mailto:beopaas@hotmail.com)

Mobil: 47352270

Adresse: Nordahl Griegs gate 58 A, 2319 HAMAR

## 7.2 Vedlegg 2: Spørreskjema

*Med psykomotorisk fysioterapi menes ulike metoder og tilnærminger innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi.*

*Spørreskjemaet har 15 spørsmål og tar ca. 15 minutter å besvare (ca. 5 minutter for de som ikke hadde tenåringer til undersøkelse og/eller behandling i 2010).*

*Merk! Ikke bruk fram-/tilbakeknappen i nettleseren (bruk kun neste>>-knappen i spørreskjemaet). Ønsker du å gå tilbake til et tidligere spørsmål, må du lukke spørreskjemaet og begynne utfyllingen på nytt. Dette gjøres også hvis du ønsker å avbryte utfyllingen og fullføre utfyllingen av spørreskjemaet på et senere tidspunkt.*

*Din identitet vil holdes skjult.*

*Les om retningslinjer for personvern. (Åpnes i nytt vindu)*

### 1. Kjønn?

- ☐ Mann
- ☐ Kvinne

### 2. Hva er din alder?

- ☐ Velg et alternativ \_\_\_\_ ▼

### 3. Hva er ditt arbeidssted? (Sett evt. flere kryss)

- ☐ Privat praksis med driftstilskudd
- ☐ Privat praksis uten driftstilskudd
- ☐ Helsetjenesten i kommunen
- ☐ BUP (barne- og ungdomspsykiatrien)
- ☐ DPS (distriktpsikiatrisk senter)
- ☐ Psykiatrisk sykehus (avdeling for barn og unge)
- ☐ Psykiatrisk sykehus (avdeling for voksne)
- ☐ Somatisk sykehus (avdeling for barn og unge)
- ☐ Somatisk sykehus (avdeling for voksne)
- ☐ BHT (bedriftshelsetjenesten)
- ☐ Høgskole / universitet
- ☐ Annet, spesifiser her:

---

**4. Har du videreutdanning i psykomotorisk fysioterapi / psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi etter ny eller gammel ordning?**

- ☐ Ny ordning
- ☐ Gammel ordning

*(Kommentar til dette spørsmålet: Ny ordning = med studiepoeng/vektall. Gammel ordning = uten studiepoeng/vektall.)*

**5. Hvilken annen videreutdanning har du? (Sett evt. flere kryss)**

- ☐ Ingen annen videreutdanning
- ☐ Videreutdanning i Basic Body Awareness Methodology (Basal Kroppskjennskap)
- ☐ Videreutdanning i fysioterapi for barn
- ☐ Videreutdanning i fysioterapi for eldre
- ☐ Videreutdanning i ergonomi og helsefremmende arbeid for fysioterapeuter
- ☐ Mastergrad / hovedfag
- ☐ Annen fysioterapirelevant videreutdanning, spesifiser her:

*(Kommentar til dette spørsmålet: Her menes det fullført videreutdanning som har gitt studiepoeng/vektall.)*

**6. Er du spesialist i norsk psykomotorisk fysioterapi / psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi?**

- ☐ Ja
- ☐ Nei

**7. Hvor mange års arbeidserfaring har du som psykomotorisk fysioterapeut?**

- ☐ 0-4 år
- ☐ 5-9 år
- ☐ 10-14 år
- ☐ 15-19 år
- ☐ 20-24 år
- ☐ 25-29 år
- ☐ 30-34 år
- ☐ 35-39 år
- ☐ 40-44 år
- ☐ 45-49 år
- ☐ 50 år eller mer

**8. Hvor mange pasienter hadde du totalt i undersøkelse og/eller behandling i 2010?**

- Velg et alternativ \_\_\_\_ ▼

*(Kommentar til dette spørsmålet: Her menes det pasienter I ALLE ALDRE som var henvist til psykomotorisk fysioterapi. Tips til brukere av ProMed: klikk på Funksjoner -> Statistikk (2010).)*

**9. Hadde du tenåringer i undersøkelse og/eller behandling i 2010?**

- Ja
- Nei

*(Kommentar til dette spørsmålet: Tenåringer = 13-åringer til og med 19-åringer.)*

**10. Hvor mange tenåringer hadde du i undersøkelse og/eller behandling i 2010?**

- Velg et alternativ \_\_\_\_ ▼

*(Kommentar til dette spørsmålet: Her menes det pasienter som var henvist til psykomotorisk fysioterapi. Tips til brukere av ProMed: klikk på Funksjoner -> Statistikk -> Utvidet Statistikk -> Pasienter i behandling 2010 (13-19 år).)*

**11. Hvor lang gjennomsnittlig ventetid hadde du for tenåringer i 2010?**

- <1 måned
- 1-2 måneder
- 3-4 måneder
- 5-6 måneder
- >6 måneder

*(Kommentar til dette spørsmålet: Her menes gjennomsnittlig ventetid fra pasientene ble henvist eller tok kontakt, til de fikk time.)*

**12. Hvem samarbeidet du med i ditt arbeid med tenåringer i 2010? (Sett evt. flere kryss)**

- BUP (barne- og ungdomspsykiatrien)
- PUT (psykiatrisk ungdomsteam)
- Somatisk barneavdeling på sykehus
- Habiliteringstjenesten
- PPT (pedagogisk-psykologisk tjeneste)
- Skole
- Foreldre / foresatte

- Skolehelsetjenesten
- Barnevernet
- Familievernkontoret
- Helsestasjon
- Psykisk helseteam / psykiatrisk tjeneste i kommunen
- Nav
- Fastlege
- Kiropraktor
- Kommunefysioterapeut
- Fysioterapeut (privatpraktiserende)
- Psykomotorisk fysioterapeut (privatpraktiserende)
- Manuellterapeut (privatpraktiserende)
- Psykolog (privatpraktiserende)
- Psykiater (privatpraktiserende)
- Ingen
- Andre, spesifiser her:

**13. Kan du nevne de 3 vanligste grunnene til at tenåringer kom til undersøkelse og/eller behandling hos deg i 2010?**

---

---

---

*(Kommentar til dette spørsmålet: Her menes det som pasientene selv sa var hovedgrunnen for at de ønsket time og/eller ble henvist til time hos deg. Oppgi svarene i tilfeldig rekkefølge.)*

**14. Har du erfaringer om psykomotorisk fysioterapi kan ha bidratt til å hjelpe tenåringer til å mestre sitt eget liv? Vennligst forklar nærmere.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Kommentar til dette spørsmålet: Med psykomotorisk fysioterapi menes ulike metoder og tilnærminger innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Ikke oppgi opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner.)*



---

**15. Har du noen tanker om psykomotorisk fysioterapi har spesielle utfordringer når det gjelder arbeid med tenåringer? Vennligst forklar nærmere.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

*(Kommentar til dette spørsmålet: Her menes det utfordringer i forhold til undersøkelse, behandling, spesielle diagnoser/problemer og annet. Med psykomotorisk fysioterapi menes ulike metoder og tilnærminger innen fagfeltet psykomotorisk fysioterapi. Ikke oppgi opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner.)*

***Takk for at du tok deg tid til å besvare denne spørreundersøkelsen. Ha en riktig god sommer!***